



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
PRESTADOS PELAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**PATIENT SATISFACTION WITH NURSING CARE  
PROVIDED BY INTEGRATED CONTINUOUS CARE TEAMS**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de doutor em Enfermagem, na Especialidade de  
Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por

António Carlos Lopes Vilela

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2016





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
PRESTADOS PELAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**PATIENT SATISFACTION WITH NURSING CARE  
PROVIDED BY INTEGRATED CONTINUOUS CARE TEAMS**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de doutor em Enfermagem, na Especialidade de  
Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por António Carlos Lopes Vilela

Sob orientação do Professor Doutor Paulino Sousa

Sob coorientação do Professor Doutor Filipe Pereira

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2016





## **Agradecimentos**

O desenvolvimento desta investigação apenas foi possível com a ajuda e apoio de vários colegas e amigos, pelo que não posso deixar de lhes agradecer pela partilha de variadíssimos momentos de crescimento e desenvolvimento pessoal e académico. Um agradecimento especial aos meus orientadores, Professor Doutor Paulino Sousa e Professor Doutor Filipe Pereira, que constantemente me acompanharam desde o início deste projeto. Agradeço-lhes muito, todos os seus ensinamentos, a partilha do saber e espero ter ido ao encontro das expectativas que depositaram em mim e nesta investigação. Obrigado pelo encorajamento e pelo rigoroso alicerce, que foram, ao longo de todo este processo.

Agradeço ao Professor Abel Paiva e Silva, pela amizade, pela partilha e pelo tempo que me dedicou a ajudar-me a aclarar as dúvidas e os obstáculos metodológicos.

Agradeço às minhas amigas Alexandrina, Ana Leonor, Alice e Paula, que sempre foram um ombro de ânimo, e aos meus amigos Paulo Puga Machado, Paulo Parente, Luis Miguel, Justino, Pedro, André, Miguel e Eddie, pela força interior que me dão.

Agradeço aos clientes que participaram neste estudo. Particularmente aos clientes que se encontravam em fase de maior sofrimento, pela dor ou perda da sua autonomia.

Agradeço à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em particular à Senhora Enfermeira Margarida Filipe que acreditou na importância e na necessidade desta investigação. Também às enfermeiras coordenadoras das UCC - São Mamede de Infesta, Senhora da Hora, Matosinhos e Leça da Palmeira – onde se desenrolou este estudo e sem as quais não teria sido possível – Sandra Moreira, Alice Martins, Sandra Santos e Clara Soares. Um obrigado especial ao meu amigo Rui Silva, que esteve sempre disponível para as discussões em torno deste objeto de estudo e me auxiliou na pesquisa da informação.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde se gera um clima organizacional propício ao desenvolvimento profissional e académico dos seus colaboradores, que me deu todas as condições para tornar este projeto viável. Ao Dr. Francisco Vieira e Dra. Orísia Pereira, pela colaboração exemplar. A todos, obrigado por Tudo!



Dedico este trabalho,

aos meus pais, Albertina e Francisco, por tudo ... e aos meus irmãos,  
pelo apoio em todos os momentos.

à D. Alice, pela ajuda incondicional.

à minha mulher, Cristina, e à minha filha, Carolina, que me mostram  
em cada dia o significado da família e do “gostar de alguém” e que,  
muitas vezes, acabaram por ficar sem a minha presença.



## Resumo

**Introdução:** A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é uma realidade do Serviço Nacional de Saúde, que teve o seu início em 2006. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são uma estrutura da rede orientada para a assistência em contexto domiciliário, com foco na ajuda às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Dadas as características das necessidades em cuidados daqueles clientes, é bem evidente a centralidade dos cuidados de enfermagem para a construção de respostas de qualidade às necessidades dos clientes das ECCI. No contexto da saúde, a satisfação dos clientes é uma das variáveis essenciais a incluir nos modelos de gestão e governo da qualidade dos serviços. Apesar da qualidade em saúde ser influenciada por múltiplos fatores, entre os quais o exercício de profissionais de diferentes áreas, esclarecer o contributo particular de cada grupo profissional para a qualidade global é um imperativo de cada uma daquelas áreas e/ou domínios do conhecimento. Desenvolver metodologias válidas e fiáveis de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados nas ECCI é tarefa para o domínio disciplinar da enfermagem e também, por essa via, um *contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas ECCI*.

**Material e métodos:** Foi desenvolvido um percurso de investigação alicerçado em dois estudos. O primeiro - do tipo metodológico - orientado para a construção e validação de um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI (SATENF - ECCI). Recorremos a 11 entrevistas exploratórias com clientes de ECCI e a um painel de nove peritos de enfermagem para definir os conteúdos e modelo de instrumento para aquela avaliação da satisfação. Após, com recurso aos dados oriundos de uma amostra de 222 casos, procedemos ao estudo da fiabilidade do instrumento construído – SATENF - ECCI. Verificada a fiabilidade e validade do SATENF - ECCI, evoluímos para o segundo estudo – do tipo exploratório, descritivo e correlacional – com base na mesma amostra de casos utilizados na segunda etapa do primeiro estudo; a partir de quatro ECCI de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal. No segundo estudo, para além de descrevermos e explorarmos a satisfação dos clientes com os cuidados, procedemos à análise da sua associação aos indicadores de ganhos em saúde, nos termos preconizados pela Ordem do Enfermeiros.

**Resultados:** Os conteúdos da primeira versão do formulário SATENF – ECCI, de acordo com o que emergiu na primeira etapa do estudo metodológico, concretizaram-se em 59 itens, organizados em sete dimensões: *Acesso aos Cuidados*; *Envolvimento e Participação dos Clientes*; *Cuidados de Enfermagem Esperados na ECCI*; *Competências do Enfermeiro*; *Intensidade do Acompanhamento*; *Organização dos Cuidados*; e, *Continuidade dos Cuidados*. O estudo da fiabilidade e validade de constructo do instrumento permitiu reter seis dimensões, fruto da agregação da *Organização dos Cuidados* e da *Intensidade do Acompanhamento*. As restantes dimensões foram retidas nos termos do referencial teórico que lhe deu origem. Deste processo resultou um formulário final com 34 itens e seis dimensões; cada uma delas sob a forma de uma subescala, com níveis de consistência interna elevados. Os resultados do segundo estudo tornaram evidente que a satisfação dos clientes, em cada uma das seis subescalas adotadas, era elevada. Os melhores resultados verificaram-se nas dimensões: *Competências dos enfermeiros*; *Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*; e, *Acesso aos cuidados de enfermagem*. As dimensões com valores médios de satisfação “menos elevados” foram: *Cuidados de enfermagem prestados*; *Envolvimento e participação dos clientes*; e, *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Os scores elevados de satisfação, em parte, poderão ser explicados por aquilo que, à partida, eram as expectativas dos clientes, até em função do que emergiu das entrevistas exploratórias realizadas na fase inicial da investigação. A correlação entre os níveis de satisfação dos clientes, nas diferentes dimensões estudadas, e os ganhos em saúde tem pouco significado, o que nos leva a admitir que, por agora, a satisfação dos clientes ainda está pouco dependente dos resultados em saúde.

**Conclusões:** O SATENF-ECCI é um instrumento que apresenta uma estrutura multidimensional, composta por seis subescalas estabilizadas, robustas concetualmente e fiáveis. O formulário na sua versão “final” é capaz de medir a satisfação dos clientes – pessoas dependentes e/ou familiares cuidadores – com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. É um instrumento passível de ser administrado de forma relativamente rápida por telefone e, por isso, com baixos custos. A informação gerada com a aplicação do SATENF-ECCI pode constituir um importante recurso para as estruturas de governo da RNCCI, nomeadamente naquilo que se reporta à gestão da qualidade dos cuidados nas ECCI.

**Palavras-chave:** satisfação dos clientes; cuidados continuados domiciliários; cuidados de enfermagem; qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados de enfermagem.

## Abstract

**Background:** The National Network of Integrated Continuous Care is a reality of the National Health Service, which began in 2006. Integrated Continuous Care Teams (ICCT) is a structure-oriented network for assistance in home context, focusing in helping families that integrate people dependent on self-care. Given the characteristics of the care needs of those clients, the centrality of the nursing care is evident for building quality responses to the needs of clients of the ICCT. In the health context, client satisfaction is one of the key variables to be included in the models of management and governance of service quality. Despite the quality of health being influenced by multiple factors, including professionals the exercise of different areas, to clarify the particular contribution of each professional group to the overall quality is imperative for each of those areas and/or domains of knowledge. To develop valid and reliable methodologies for assessing client satisfaction with nursing care in the ICCT is a task for the disciplinary field of nursing and also, in this way, a contribution to the improvement of the quality of care in the ICCT.

**Methods:** We developed a anchored research path in two studies. The first – a methodological study - oriented to the construction and validation of an assessment instrument of client's satisfaction with nursing care provided by the ICCT (SATENF - ECCI). We use 11 exploratory interviews with clients integrated in the ICCT and an expert panel of nine nursing to define the contents and the instrument model for the evaluation of client's satisfaction. After, using the data from a sample of 222 cases, we proceeded to the reliability of the instrument built – SATENF - ECCI. Verified the reliability and validity of SATENF - ECCI, we evolved to the second study - exploratory, descriptive and correlational - based on the same cases sample used in the second stage of the first study; from four ICCT from a Local Health Unit of the North of Portugal. In the second study, as well as we write and explore the client's satisfaction with care, we proceed to the analysis of its association with health indicators gains, as called by the Portuguese Nursing Association.

**Results:** The contents of the first version of the instrument SATENF - ECCI, according to what emerged in the first stage of the methodological study, were concretized on 59 items and organized into seven dimensions: “Access to nursing care”; “Involvement and participa-

tion of clients”; “Expected nursing care in the ICCT”; “Nurse’ skills”; “Intensity of attendance”; “Organization of care”; and “Continuity of care”. The study of the reliability and validity of the construction of the instrument allowed to retain six dimensions, that result from the aggregation of the “Organization of Care” and “Intensity of the attendance”. The remaining dimensions were retained in accordance with the theoretical framework that led to it. This process resulted in a final application form with 34 items and six dimensions; each one of them in a subscale form with high internal consistency levels. The results of the second study became evident that the client satisfaction was high in each of the six subscales adopted. The best results have been seen in the dimensions: “Nurses’ skills”; “Organization of care” and “Intensity of attendance”; and “Access to nursing care”. The dimensions with average values of "less high" satisfaction were: “Nursing care provided”; “Involvement and participation of clients”; and “Nursing Care Continuity”. The high satisfaction score can be explained by what were the expectations of clients, even in what emerged from the exploratory interviews in the initial stage of the research. The correlation between client satisfaction levels in different dimensions studied, and the health gains have little meaning, which leads us to admit that, for now, the client satisfaction is still little bit dependent on health gains.

**Conclusions:** SATENF-ECCI is an instrument that has a multidimensional structure, composed of six subscales stabilized, conceptually robust and reliable. The application form in its "final" version is able to measure client satisfaction - dependents and/or family caregivers - with nursing care provided by the ICCT. It is a tool capable of being delivered relatively quickly by telephone and therefore with low costs. The information generated from the application of SATENF-ECCI can be an important resource for the National Network of Integrated Continuous Care government structures, particularly in what relates to the management of the quality of care in the ICCT.

**Keywords:** Patient Satisfaction; Home Care Services; Nursing Care; Quality of Health Care; Nursing Care Management.



## Lista de abreviaturas, acrónimos e símbolos

% – (estatístico) Percentagem  
 $\alpha$  – (estatístico) Alfa de Cronbach  
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.  
ANOVA – (estatístico) Análise de variância  
ARS – Administração Regional de Saúde  
D – Pessoa dependente  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
DP – (estatístico) Desvio padrão  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
ECL – Equipa de Coordenação Local  
ECR – Equipa de Coordenação Regional  
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos  
EGA – Equipa de Gestão de Altas  
EIHSCP – Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos  
ERA – Equipas Regionais de Apoio  
F – (estatístico) Valor estatístico  
GL – (estatístico) Graus de liberdade  
H – (estatístico) Teste de Kruskal-Wallis  
ICCT – *Integrated Continuous Care Teams*  
ICN – *International Council of Nurses*  
ICNP - *International Classification for Nursing Practice*  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social  
M – (estatístico) Média  
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários  
MFPC – Membro da Família Prestador de Cuidados  
Mín-Máx – (estatístico) Mínimo-Máximo  
MP – (estatístico) Média ponderada

MS – Ministério da Saúde

N (estatístico) – Número de casos

n.s. – (estatístico) Não significativo

nº – Número

NOC – *Nursing Outcome Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

$p$  – (estatístico) Nível de significância

PC – Prestador de Cuidados

PD – Pessoa Dependente

$r$  – (estatístico) Coeficiente de correlação de Pearson

R<sup>2</sup> ajustado – (estatístico) Valor de predição/explicação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

$r_{sp}$  – (estatístico) Coeficiente de Correlação de Spearman

SAPÉ – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SATENF-ECCI – Formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados pela Equipas de Cuidados Continuados Integrados

SEMS – Secretaria de Estado do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUCECS – Formulário de Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem do Centro de Saúde

SUCEH – Formulário de Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem Hospitalares

$t$  – (estatístico) Teste  $t$  de Student

U – (estatístico) Teste de Mann-Whitney

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Z – (estatístico) Teste U de Mann-Whitney

$B$  – (estatístico) Coeficiente de determinação

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Fatores que influenciam a satisfação com os cuidados de enfermagem (adaptado de Johansson, Oléni & Fridlund, 2002) _____	46
<b>Figura 2.</b> Desenho da investigação _____	66
<b>Figura 3.</b> Representação esquemática das categorias relativas à Satisfação <i>dos Clientes com a ECCI</i> _____	112
<b>Figura 4.</b> Representação esquemática da categoria: <i>Acesso aos cuidados de enfermagem</i> _____	114
<b>Figura 5.</b> Representação esquemática da categoria: <i>Cuidados de enfermagem esperados na ECCI</i> _____	117
<b>Figura 6.</b> Representação esquemática da categoria: <i>Competências dos enfermeiros</i> _____	119
<b>Figura 7.</b> Representação esquemática da categoria: <i>Intensidade do acompanhamento</i> _____	120
<b>Figura 8.</b> Representação esquemática da categoria: <i>Organização dos Cuidados</i> _____	121
<b>Figura 9.</b> Representação esquemática da categoria: <i>Continuidade dos cuidados</i> _____	122
<b>Figura 10.</b> Representação esquemática das categorias dos <i>Fatores que podem influenciar as expectativas</i> _____	123



## Índice de quadros

<b>Quadro 1.</b> Solução fatorial da subescala PC I _____	147
<b>Quadro 2.</b> Solução fatorial da subescala PC II _____	154
<b>Quadro 3.</b> Solução fatorial da subescala PC III _____	160
<b>Quadro 4.</b> Solução fatorial da subescala PC IV _____	164
<b>Quadro 5.</b> Solução fatorial da subescala PC V _____	167
<b>Quadro 6.</b> Solução fatorial da subescala PC VI _____	171
<b>Quadro 7.</b> Solução fatorial do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC: _____	174
<b>Quadro 8.</b> Análise de regressão <i>Stepwise</i> das dimensões da satisfação aplicadas ao MFPC, para a variável dependente ( $p \leq 0,05$ ): Valores de importância do preditor, Teste <i>t</i> , Desvio Padrão, Coeficientes de determinação, F estatístico, graus de liberdade e níveis de significância ( <i>p</i> ) _____	175
<b>Quadro 9.</b> Análise de regressão <i>Stepwise</i> das dimensões da satisfação aplicadas à Pessoa Dependente, para a variável dependente ( $p \leq 0,05$ ): Valores de importância do preditor, Teste <i>t</i> , Desvio Padrão, Coeficientes de determinação, F estatístico, graus de liberdade e níveis de significância ( <i>p</i> ) _____	176



## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Resumo dos artigos selecionados na pesquisa _____	42
<b>Tabela 2.</b> Distribuição da amostra, por casos, por ECCI que prestou o cuidado _____	82
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos resultados de resposta por tentativas de contacto _____	83
<b>Tabela 4.</b> Caracterização dos clientes em função do sexo _____	91
<b>Tabela 5.</b> Caracterização dos clientes em função do sexo (em anos completos) _____	91
<b>Tabela 6.</b> Caracterização dos clientes em função do estado civil _____	91
<b>Tabela 7.</b> Caracterização dos clientes em função da profissão _____	92
<b>Tabela 8.</b> Caracterização dos clientes em função da atividade profissional _____	92
<b>Tabela 9.</b> Caracterização dos clientes em função da escolaridade _____	93
<b>Tabela 10.</b> Caracterização dos clientes em função do: grau de parentesco do MFPC, coabitação com a pessoa dependente e se passou a coabitar _____	94
<b>Tabela 11.</b> Caracterização dos clientes em função da distância entre residências (em metros), quando o MFPC não passou a coabitar _____	94
<b>Tabela 12.</b> Caracterização dos MFPC em função da experiência anterior enquanto cuidador _____	95
<b>Tabela 13.</b> Caracterização dos clientes em função: do número de pessoas que prestaram cuidados à pessoa dependente; número de pessoas com dependência a cargo do MFPC e total de horas semanais que o MFPC dedicou ao cuidado da pessoa dependente _____	95
<b>Tabela 14.</b> Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC I _____	142
<b>Tabela 15.</b> Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC I e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p) _____	145
<b>Tabela 16.</b> Análise da consistência interna dos itens da subescala PC I _____	146
<b>Tabela 17.</b> Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC II _____	149
<b>Tabela 18.</b> Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC II e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p) _____	151
<b>Tabela 19.</b> Análise da consistência interna dos itens da subescala PC II _____	153

<b>Tabela 20.</b> Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC III _____	157
<b>Tabela 21.</b> Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC III e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59 _____	158
<b>Tabela 22.</b> Análise da consistência interna dos itens da subescala PC III: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e <i>alpha de Cronbach</i> _____	159
<b>Tabela 23.</b> Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC IV _____	161
<b>Tabela 24.</b> Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC IV e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59 _____	162
<b>Tabela 25.</b> Análise da consistência interna dos itens da subescala PC IV _____	163
<b>Tabela 26.</b> Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC V _____	165
<b>Tabela 27.</b> Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC V e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59 _____	165
<b>Tabela 28.</b> Análise da consistência interna dos itens da subescala PC V _____	166
<b>Tabela 29.</b> Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC VI _____	169
<b>Tabela 30.</b> Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC VI e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59 _____	169
<b>Tabela 31.</b> Análise da consistência interna dos itens da subescala PC VI _____	170
<b>Tabela 32.</b> Estatística descritiva relativa às subescalas do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC _____	172
<b>Tabela 33.</b> Distribuição das correlações entre as subescalas e entre as subescalas com o total do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC e com o item PC59 _____	172
<b>Tabela 34.</b> Análise da consistência interna das subescalas do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC _____	173
<b>Tabela 35.</b> Distribuição comparativa das médias e desvio padrão: Satisfação global e por cada uma das subescalas, adaptadas ao MFPC e à Pessoa Dependente _____	179
<b>Tabela 36.</b> Distribuição dos clientes relativa à percepção sobre a organização da ECCI _____	185
<b>Tabela 37.</b> Resultados dos “Indicadores por domínios gerais” dos ganhos em saúde _____	206
<b>Tabela 38.</b> Distribuição das correlações entre os ganhos em saúde _____	210
<b>Tabela 39.</b> Distribuição das correlações entre os ganhos em saúde e as dimensões da satisfação _____	212



## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Comparação das médias das subescalas, adaptadas ao MFPC, com a <i>Média da Satisfação Global do MFPC</i> e respectivas diferenças _____	180
<b>Gráfico 2.</b> Comparação das médias das subescalas, adaptadas à Pessoa Dependente, com a <i>Média da Satisfação Global da Pessoa Dependente</i> _____	182
<b>Gráfico 3.</b> Comparação das médias de todas as subescalas com a sua respetiva <i>Média da Satisfação Global</i> _____	200
<b>Gráfico 4.</b> Distribuição das percentagens dos <i>Indicadores por domínio dos focos</i> _____	206



## Índice geral

<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
1.1 Problemática	6
1.1.1 <i>A RNCCI: da implementação à sua gestão</i>	8
1.1.1.1 <b>Estrutura organizacional da RNCCI</b>	10
1.1.1.2 <b>Estratégias e modelos de gestão da RNCCI</b>	13
1.1.2 <i>As ECCI no contexto da RNCCI</i>	14
1.1.2.1 <b>Enquadramento e missão</b>	14
1.1.2.2 <b>Estratégias de gestão das ECCI</b>	18
1.1.3 <i>A gestão da qualidade em saúde</i>	26
1.1.3.1 <b>A satisfação dos clientes como um dos pilares da gestão da qualidade em saúde</b>	29
1.1.3.2 <b>A avaliação e monitorização da satisfação – um meio para a gestão da qualidade em saúde</b>	39
1.2 Contexto e justificação da investigação	47
1.3 Finalidade	52
1.3.1 <i>Objetivos da investigação</i>	53
1.4 Referências	53
<b>2. Enquadramento metodológico</b>	<b>61</b>
2.1 Paradigma da investigação	61
2.2 Desenho da investigação	66
2.2.1 <i>Construção e validação do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI–Estudo metodológico</i>	68
2.2.1.1 <b>Etapa preliminar do estudo metodológico</b>	70
2.2.1.1.1 Entrevistas exploratórias com os clientes	71
2.2.1.1.2 Painel de peritos de enfermagem	76
2.2.1.2 <b>Etapa de validação do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI</b>	80
2.2.1.2.1 População e amostra	81
2.2.1.2.2 Recolha e análise dos dados – Fiabilidade e validade do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados na ECCI	83
2.2.2 <i>Estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados na ECCI</i>	88
2.2.2.1 <b>População e amostra</b>	90
2.2.2.2 <b>A satisfação dos clientes face aos ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI</b>	95

2.2.2.2.1	Conceito de ganho em saúde	96
2.2.2.2.2	Definição dos indicadores de ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI	99
2.3	Considerações éticas	103
2.4	Referências	106
3.	<b>Apresentação e discussão dos resultados</b>	109
3.1	Estudo metodológico – construção do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI	109
3.1.1	<i>Da etapa preliminar da construção do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI</i>	110
3.1.1.1	<b>A perspectiva dos clientes</b>	110
3.1.1.2	<b>A proposta da versão preliminar do SATENF-ECCI</b>	127
3.1.1.3	<b>A perspectiva dos peritos de enfermagem sobre a versão preliminar do SATENF-ECCI</b>	129
3.1.2	<i>A fiabilidade e validade do SATENF-ECCI</i>	139
3.1.2.1	<b>O valor explicativo das diferentes dimensões do SATENF-ECCI no valor global de satisfação dos clientes</b>	174
3.2	A satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI	178
3.2.1	<i>A satisfação global dos clientes</i>	178
3.2.1.1	<b>A satisfação dos MFPC versus a satisfação dos dependentes</b>	184
3.2.2	<i>A satisfação dos clientes por dimensões do SATENF-ECCI</i>	186
3.2.2.1	<b>Acesso aos cuidados de enfermagem</b>	186
3.2.2.2	<b>Envolvimento e participação dos clientes</b>	190
3.2.2.3	<b>Cuidados de enfermagem prestados</b>	192
3.2.2.4	<b>Competências dos enfermeiros</b>	193
3.2.2.5	<b>Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento</b>	195
3.2.2.6	<b>Continuidade dos cuidados de enfermagem</b>	197
3.2.3	<i>Os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem dos clientes das ECCI</i>	203
3.2.3.1	<b>A correlação entre os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem</b>	209
3.2.3.2	<b>A correlação entre os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem e as dimensões da satisfação</b>	210
3.3	Referências	213
4.	<b>Conclusões</b>	219
4.1	Referências	236
5.	<b>Bibliografia</b>	237
6.	<b>Anexos</b>	249

- Anexo 1 – Guião de entrevista semiestruturada
- Anexo 2 – Carta de explicação do estudo e consentimento informado
- Anexo 3 – Guião da análise documental
- Anexo 4 – Resultados e indicadores extraídos da NOC
- Anexo 5 – Lista dos diagnósticos de enfermagem por focos
- Anexo 6 – Lista dos indicadores por focos e domínios
- Anexo 7 – Autorização para a realização da investigação
- Anexo 8 – Tabelas de caracterização dos participantes nas entrevistas
- Anexo 9 – Análise de conteúdo às entrevistas: unidades de contexto e unidades de registo
- Anexo 10 – Formulário SATENF-ECCI (Versão preliminar)
- Anexo 11 – Formulário SATENF-ECCI (Versão pré-teste)
- Anexo 12 – Texto de introdução às chamadas telefónicas
- Anexo 13 – Formulário SATENF-ECCI (Versão 1)
- Anexo 14 – Quadros e tabelas referentes ao estudo da fiabilidade e validade do SATENF-ECCI adaptado à pessoa dependente
- Anexo 15 – Formulário SATENF-ECCI (Versão 2)
- Anexo 16 – Matriz de correlações: subescalas, PC59, D59 e Médias globais
- Anexo 17 – Respostas à questão aberta sobre outras questões associadas à satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI



## 1. Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, na área de especialização de Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem, e é intitulado de “Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados”. Visa dar resposta a uma investigação que comporta dois estudos. Um central, que consiste num estudo metodológico de construção e validação de um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); e um outro estudo, consequente, de cariz quantitativo – descritivo, exploratório e correlacional –, centrado na satisfação desses clientes, ambos desenvolvidos junto de utilizadores da Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM).

Tecendo algumas considerações sobre a realidade em estudo, não podemos deixar de relembrar uma das mais importantes constatações dos últimos anos – o envelhecimento demográfico no espaço europeu, onde Portugal não é exceção. O declínio da natalidade, associado ao aumento da longevidade tem elevado a tendência do envelhecimento no conjunto dos 28 Estados europeus (INE, 2015b). Segundo a mesma fonte, Portugal apresenta o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento; o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013.

No ano 2000, o número de idosos ultrapassou, pela primeira vez, o número de jovens em Portugal, tendo o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingindo os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014. Também o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade), aumentou entre 1970 e 2014, passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014. Ainda, o índice de renovação da população em idade ativa, que traduz a relação entre o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20 a 29 anos de idade) e o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho (55 a 65 anos de idade), tem vindo a diminuir, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, atingindo 84 em 2014 (INE, 2015b).

As projeções também não são animadoras. Segundo o INE (2015a) a população portuguesa tenderá a diminuir, estimando-se um decréscimo para 8,6 milhões de pessoas em 2060. Para além deste declínio populacional estima-se um continuado e forte envelhecimento demográfico. A título de previsão, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2015a). A esta evidente tendência, de aumento progressivo da percentagem de idosos e diminuição da população ativa, associa-se também a incapacidade das famílias acompanharem diariamente os seus familiares idosos ou doentes no seu domicílio. Este facto tem elevado o número de pedidos de apoio a pessoas dependentes e fez emergir o aumento da oferta de apoios prestados aos idosos e pessoas com dependência que se encontram em casa, muitas vezes sozinhos, e que apresentam uma grande diversidade de problemas, desde dificuldades na mobilidade às dependências no autocuidado.

Até 2006, em Portugal já existia uma longa experiência de apoio domiciliário, com um cariz mais social, protagonizado, na sua maioria, por entidades privadas ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Estes serviços são prestados em casos de doença, deficiência ou incapacidade que não permitam a realização das atividades do dia-a-dia de uma pessoa. Embora sejam mais vocacionados para uma vertente social, com a orientação de técnicos de serviço social, já existem instituições que fornecem cuidados de saúde aos seus clientes, quer de forma direta quer através de protocolos de cooperação, com enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros profissionais – para cuidados mais específicos de saúde. De uma forma mais global e representativa deste tipo de instituições, os cuidados remetem-se a suprir necessidades de higiene da pessoa, fornecimento de alimentação, higiene da casa, acompanhamento da pessoa a tratamentos e consultas médicas, entre outros serviços como, por exemplo, fazer as compras e atividades de recreação. Estes serviços, na maioria das vezes, são prestados por técnicos de geriatria ou de apoio domiciliário, detentores de formação profissional para exercer estas funções. A dimensão e o leque de serviços que estas instituições prestam é muito variável e não existe uma uniformidade a nível nacional, pois o regulador, Estado, embora financie – não define a carteira básica de serviços que cada entidade prestadora deve deter. Depois de uma análise individualizada para cada pessoa e situação, definem-se o tipo de cuidados a prestar e o valor a pagar pela prestação desse serviço. Para além dos próprios beneficiários pagarem este serviço prestado, o Estado, através da Segurança Social, é responsável pelo apoio e financiamento destas instituições, com as quais estabelecesse acordos e protocolos. De ressaltar que, muitas destas instituições sobrevivem e prestam serviços com a ajuda significativa de voluntariado, que atenua a precari-



idade do financiamento do Estado e a falta, ou ausência, de pagamento por parte dos beneficiários do serviço.

É na década de 90, do século XX, que ao nível político surge um importante marco na aproximação ao que é hoje a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), emergindo uma grande transformação no que respeita à aproximação dos serviços de saúde às pessoas no seu domicílio (Barros & Simões, 2007). O Ministério da Saúde, nessa década, reconhece a necessidade de desenvolvimentos na área dos cuidados continuados, que se começam a revelar primordiais – pelas transformações demográficas, sociais e familiares verificadas na sociedade portuguesa. Urgia, assim, a necessidade de prestação de cuidados continuados decorrentes do envelhecimento da população e das alterações nos equilíbrios sociais – nomeadamente da estrutura familiar e de fenómenos de desertificação (*Despacho Conjunto n.º 407/1998*). Os governantes pareciam já reconhecer que a prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório era a forma mais humanizada de resposta, mas que exigia a criação de redes sociais de apoio integrado que garantissem a continuidade dos cuidados necessários. Face à clássica intervenção social de diversos parceiros sociais, das quais de destacam as IPSS e as Misericórdias, o Estado apelava a esforços conjuntos e integradores para possibilitar a prestação de cuidados mais adaptada às realidades já sentidas na altura (*Despacho Conjunto n.º 407/1998*). Reconhecendo a precaridade de oferta de serviços nesta área, com deficiente distribuição territorial no país, surgem assim as primeiras ações governativas orientadas para esta perspetiva com a elaboração, pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, que aprovou orientações reguladoras da intervenção articulada entre o apoio social e os cuidados de saúde para pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado, Unidades de Apoio Integrado e pelos Serviços de Apoio Domiciliário (Idem).

Os cidadãos, os profissionais e o poder político, foram detetando uma mudança na realidade das necessidades sociais e da saúde, onde as alterações nas condições sociais e demográficas assume novas configurações e, consequentemente, novas necessidades na assistência em saúde. Atualmente continua a verificar-se cada vez maior complexidade das necessidades em cuidados de saúde, nomeadamente pelo aumento da comorbilidade e da dependência das pessoas a viverem em casa, associado aos constrangimentos económicos e aos elevados custos de permanência dos clientes nos hospitais. Estes factos denotam uma carência de cuidados de saúde neste contexto e justificam a criação de novas respostas de cuidados – os cuidados de saúde no domicílio, não enquanto um equipamento de âmbito social, mas acima de

tudo para suprir necessidades de cuidados de saúde específicos no domicílio. Desta maneira, em 2006, com a complexificação dos argumentos levantados em 1998, surge uma nova oferta de serviços proveniente da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A criação de um novo modelo de assistência – agora com o cariz mais centrado na saúde – vem colmatar as lacunas que algumas instituições privadas e IPSS já tentavam suprir mas que, sózinhas, já não se demonstravam eficazes no cumprimento de tal desígnio.

A RNCCI está estruturada em várias tipologias de serviços de internamento e comunitário, e incorporam um serviço ainda mais específico de apoio domiciliário – as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A Rede responde preferencialmente, mas não só, às necessidades de saúde da população mais envelhecida, que apresenta frequentemente situações de dependência, e respetivas famílias. No entanto, as necessidades em cuidados têm-se revelado mais elevadas do que a oferta existente. A RNCCI (2014), no *Relatório de Monitorização da RNCCI 2014*, e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), no *Relatório de Primavera de 2015*, dão conta de alguns números que atestam a, ainda, escassez de resposta de cuidados continuados. Segundo a RNCCI, para responder às necessidades desta população a Rede tinha, em finais de 2013, 6.642 camas distribuídas pelas diversas tipologias, o que representa um aumento de 12,4% entre 2012 e 2013, principalmente à custa das camas existentes nas Unidades de Longa Duração e Manutenção. Apesar deste aumento, a própria RNCCI assume que este número de camas não responde às reais necessidades da população, olhando o resultado das investigações desenvolvidas e o número de pessoas referenciadas que não chegam a integrar a Rede (RNCCI, 2014). Por seu turno, o OPSS, refere que as estruturas da Rede vocacionadas para prestarem cuidados em casa das pessoas, as ECCI, “(...) são as que menos têm crescido, as que menos recebem referenciação e as que estão subocupadas em todo o país, apesar de serem mais acessíveis, quer do ponto de vista financeiro, quer de distância” (OPSS, 2015, p.39).

Os factos aqui descritos justificam que se explore e conheça a satisfação dos clientes com as estruturas criadas, no sentido de se proceder à otimização dos recursos e da melhoria da prática assistencial nos serviços da RNCCI – em particular das ECCI e dos cuidados de enfermagem aqui prestados. São várias as vertentes de análise, à luz da gestão e da qualidade, para se estudar a melhoria contínua dos cuidados prestados por estas equipas. No caso concreto desta investigação, apraz-nos o enfoque num importante indicador da qualidade dos serviços – a satisfação dos clientes.

O conhecimento, até hoje produzido, na área da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem tem sido amplo e integral, frequentemente, as políticas de gestão da qualidade – nomeadamente em enfermagem. No entanto, no caso concreto das ECCI, a forma como se conhecem os níveis de satisfação dos clientes com estes serviços é quase inexistente – não existindo instrumentos fiáveis para a sua monitorização nem, por sua vez, dados concretos que permitam a definição sustentada de melhorias dos serviços. O impacto do contexto dos cuidados e das práticas de enfermagem, desenvolvidas por estas equipas, na satisfação dos clientes – constituem variáveis novas que ainda não são conhecidas, até porque não existe um método ou instrumento uniforme para as medir e conhecer. O facto de um gestor não conhecer com rigor e sistemática a satisfação dos clientes, a quem presta um serviço, compromete a definição de medidas corretivas e, pode inviabilizar o atingimento de melhores níveis de qualidade. Desta forma, reconhecendo a relevância da satisfação do cliente como um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, julgamos ser pertinente avançar para um estudo centrado na satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) da RNCCI.

No sentido de orientar o leitor para o conteúdo deste relatório, explanamos a forma como se organizam os quatro capítulos que compõem esta investigação. Neste primeiro capítulo contextualiza-se o objeto de estudo, abordando a problemática em torno da caracterização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da qualidade dos cuidados de saúde e exploram-se variados conceitos, fontes e estudos desenvolvidos. Far-se-á um enquadramento da área dos cuidados continuados integrados, justificando a pertinência do estudo com a legislação e orientações das políticas de saúde dos últimos anos. Posteriormente apresentam-se os fundamentos teóricos em torno da satisfação dos clientes com esta nova oferta de serviços, o objeto de estudo nesta investigação, destacando as expectativas dos clientes com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), como uma variável determinante da satisfação. Por fim, termina-se com a apresentação da justificação, da finalidade e dos objetivos da investigação

No segundo capítulo são apresentados os pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos que orientam esta investigação. Destaca-se: o processo de construção do instrumento de avaliação; a definição do modelo do Instrumento de Avaliação da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem Prestados pelas ECCI; as estratégias de implementação do instrumento; a validação do instrumento; a definição dos indicadores associados aos ganhos em saúde, terminando com as considerações éticas que o estudo envolve.

No terceiro capítulo apresentam-se os resultados do tratamento dos dados, procurando usar como critérios de organização os objetivos que se pretendem atingir, especificamente os resultados relacionados com: a fiabilidade e validade do instrumento construído, a caracterização da amostra; a caracterização da satisfação; a definição dos indicadores, associados aos ganhos em saúde; e, a aplicação dos respetivos testes estatísticos. É ainda neste capítulo que se discutem os resultados à luz dos estudos disponíveis, tentando evidenciar os achados que se distanciam ou aproximam dos resultados de outros estudos. Procurar-se-á, com base nos resultados obtidos, construir um modelo orientador para a avaliação da satisfação dos clientes das ECCI, que seja útil para a gestão destes serviços de enfermagem e permita a melhoria da qualidade dos serviços e a organização dos cuidados de enfermagem baseada, também, em indicadores de satisfação.

No quarto, e último, capítulo apresentam-se as principais conclusões do estudo, procurando associá-las às implicações para a prática e a gestão em enfermagem – bem como às limitações e às sugestões para futuras investigações.

## **1.1 Problemática**

Esta investigação toma por objeto de estudo a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da ULSM, pelo que importa agora expor os conceitos centrais que guiarão o percurso da investigação.

Em Portugal, quase metade dos doentes internados nos hospitais são idosos e dependentes. Esta realidade tem vindo a aumentar de forma contínua nas últimas décadas, constituindo uma parcela importante da despesa nos hospitais. Já em 2006, Silva refere que o aumento do recurso ao hospital por parte das pessoas idosas ou dependentes aumenta, diretamente, os custos relacionados com a saúde – já que o seu internamento é, em média, mais prolongado e oneroso (Silva, 2006). Este facto não tem sido sinónimo de rentabilização dos recursos e de custos com a saúde, nem de qualidade de vida para as pessoas doentes e respetivas famílias. Estes argumentos têm sustentado profundas alterações no Sistema de Saúde português, na última década, nomeadamente através do investimento nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados.

A investigação em enfermagem tem vindo a contribuir para a construção de um retrato da realidade da saúde – relativa à dependência no autocuidado de pessoas que se encontram nos

seus domicílios. Num estudo desenvolvido na região do Alentejo por Fonseca (2014), numa amostra aleatória de 931 pessoas com 65 e mais anos, foram identificados 9,9% das pessoas com problemas moderados no autocuidado e 5,5% com problemas graves e completos – observando a descrição do nível funcional num *continuum* de funcionalidade entre: não há problema, problema ligeiro, problema moderado, problema grave e problema completo. As áreas do autocuidado afetadas foram observadas ao nível do: lavar-se; vestir-se; cuidados relacionados com os processos de eliminação; cuidar de partes do corpo; comer; deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; beber; andar; realizar a rotina diária; e, mudar a posição básica do corpo (Fonseca, 2014). Também o OPSS (2015), através da análise dos resultados encontrados em estudos desenvolvidos nos Concelhos de Lisboa (Costa, 2013), Porto (Parente, 2013), Matosinhos (Campos, 2015, Cit. por OPSS, 2015), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2015, Cit. por OPSS, 2015), identificou que, em média, 2,9% das famílias integravam um familiar dependente no autocuidado. Destas pessoas dependentes no autocuidado 322 (43,4%) eram “acamadas”. Com base nestes resultados o OPSS (2015) estima que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal, segundo os CENSOS de 2011, existirão 110.355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que, destas, 48.454 serão pessoas com dependência total – “acamadas”. Em continuidade, igualmente baseado nos dados destas cinco investigações, o Observatório faz também a estimativa de que a população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representará, por ano, cerca de 53.160 episódios de internamentos e, aproximadamente, 129.508 episódios nos serviços de urgência (OPSS, 2015).

Se por um lado a institucionalização no hospital tem-se mostrado pouco eficiente em termos de relação custo-qualidade, o regresso “precoce” de pessoas com elevados níveis de incapacidade física e mental também levanta problemas – alguns ainda pouco conhecidos. Neste ponto, importa não esquecer que o regresso a casa destas pessoas é sempre mais um problema a transpor por parte das famílias. Estas, as famílias, deparam-se com níveis de dependência física que não existiam antes do internamento num hospital, o que implica garantir estratégias de acompanhamento da pessoa dependente, que vão para além das suas capacidades. Torna-se, por isso, necessário viabilizar soluções que passam pelo suporte de caráter formal (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, estruturas de apoio, tais como IPSS, entre outros) e por capacitar as pessoas (cuidadores informais) que possam gerar suporte informal, e que, no conjunto, respondam às necessidades globais da pessoa dependente que regressa a casa.

Apesar das alterações já implementadas no Serviço Nacional e Saúde (SNS), desde 2006, e de a RNCCI ser uma realidade com quase uma década – parece ser evidente que ainda care-

ce de ajustes e de investimento, quando se analisam os resultados das investigações e as necessidades em cuidados. Por outro lado, não se conhece a perspetiva dos clientes relativamente à sua opinião sobre a forma como o suporte fornecido pela RNCCI, concretamente em contexto domiciliário, está a ser efetuado e quais são os níveis de satisfação com o serviço que é prestado.

### 1.1.1 A RNCCI: da implementação à sua gestão

Em 2006, no sentido de acompanhar estas mudanças sociais e de necessidades em saúde, foi criado um modelo de intervenção integrado, de cuidados de saúde e social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, situado num novo nível intermédio, entre os cuidados de saúde comunitários e os de internamento hospitalar, sendo definido pelo *Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A RNCCI, sob o ponto de vista do seu financiamento e monitorização de funcionamento, é partilhada por dois Ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.

De entre vários conceitos que o *Decreto-Lei n.º 101/2006* esclarece, destaca-se a definição de Cuidados Continuados Integrados:

*“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”*

*(Decreto-Lei n.º 101/2006, p.3857)*

De acordo com o artigo 4º daquele decreto, constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, que residam no território continental português, independentemente da nacionalidade, da idade e da situação financeira. Como objetivos específicos destes cuidados assumem-se: A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência; A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder; O apoio, acompanhamento e o internamento adequados à respectiva situação; A melhoria contínua na qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; A articulação e coordenação dos cuidados continuados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação da rede; e a progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das

peças em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (*Decreto-Lei n.º 101/2006*).

São ainda definidos os princípios, no artigo 6º do mesmo diploma, baseando-se numa prestação de cuidados onde se respeite a: Individualização; Humanização; Continuidade dos Cuidados, mediante a articulação e coordenação em rede; Equidade no acesso; Mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede; Proximidade, através dos serviços comunitários; Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade; Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia; Promoção, recuperação continua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal; Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais; e, por último, a Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Idem, 2006).

Os cuidados continuados surgem como um nível de cuidados, dentro do Sistema de Saúde, complementares aos cuidados hospitalares e aos cuidados de saúde primários. Ou seja, constituem um nível intermédio de cuidados para pessoas que, após uma doença aguda ou uma situação que provoque dependência, proporciona cuidados de reabilitação, recuperação, conforto e de palição, no caso de pessoas em fim de vida. Simultaneamente, a Rede pretende garantir à pessoa em situação de dependência um conjunto de direitos, conforme o artigo 7º deste mesmo decreto, tais como o direito à: Dignidade; Preservação da identidade; Privacidade; Informação; Não discriminação; Integridade física e moral; Exercício da cidadania; e ao consentimento informado das intervenções efetuadas (Idem, 2006).

A RNCCI é atualmente coordenada através de três níveis: nacional, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS); regional, através das Equipas de Coordenação Regional (ECR), sedeadas nas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve – e; local, pelas Equipas de Coordenação Local (ECL), sedeadas nos ACES – permitindo uma articulação, flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem (ACSS, 2015a). De acordo com o *Despacho Conjunto n.º 19040/2006*, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, a nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas multidisciplinares constituídas por representantes das ARS e dos centros distritais de segurança social. Aqui, as ECR são constituídas por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Já ao nível local, a coordenação é assegurada por equipas de âmbito concelhio, sendo as ECL constituídas de modo multidiscipli-

nar por representantes da respetiva ARS e da Segurança Social, devendo integrar, no mínimo: um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que se justifique, um representante da autarquia local (*Despacho Conjunto n.º 19040/2006*; ACSS, 2015a). No seu global, a RNCCI constitui um novo modelo organizacional, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados de saúde e de apoio social e constituem uma nova resposta que promove a continuidade dos cuidados, de uma forma integrada, a pessoas dependentes ou com perda de autonomia.

Ao fim de 10 anos a RNCCI encontra-se implementada. No entanto, face às constantes mudanças no panorama de saúde dos portugueses e nas necessidades em cuidados urge uma exaustiva avaliação dos resultados da sua implementação. É o momento de avaliar o seu impacto e agilizar os procedimentos necessários de melhoria das práticas assistenciais nesta área.

### **1.1.1.1 Estrutura organizacional da RNCCI**

No que respeita à estrutura organizacional da RNCCI, esta ramifica-se em três grandes áreas de intervenção – as unidades de internamento, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias (*Decreto-Lei n.º 101/2006*; ACSS, 2015a). Estão previstas, na legislação desde 2006, as unidades de ambulatório constituídas pelas unidades de dia e de promoção da autonomia, mas ainda não foram implementadas no terreno (SEMS, 2014).

As unidades de internamento dividem-se em quatro tipos de atuação: 1) Unidade de Convalescença, para internamentos até 30 dias, que tem por finalidade a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos; 2) Unidade de Média Duração e Reabilitação, estimando-se internamentos superiores a 30 e inferiores a 90 dias consecutivos, com a finalidade da estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa após um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico; 3) Unidade de Longa duração e Manutenção, de carácter temporário ou permanente, onde se prestam cuidados de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, tendo em vista o retardamento do agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida a pessoas sem condições de serem atendidas no seu domicílio, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Pode ser proporcionado um internamento inferior a 90 dias, em virtude de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano; 4) Unidade de Cuidados Paliativos, por tempo indeterminado, tendo por finalidade o



acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, também sem condições de assistência no domicílio.

As Equipas Hospitalares consistem nas Equipas de Gestão de Altas (EGA) e as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). Atualmente, todos os hospitais públicos, independentemente da sua designação, têm equipas de gestão de altas (SEMS, 2014).

No que se refere às Equipas Domiciliárias, dividem-se em dois tipos: 1) Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), equipa multidisciplinar que presta aconselhamento e apoio diferenciados em cuidados paliativos, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento e que não podem deslocar-se do domicílio; 2) Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), também é uma equipa multidisciplinar e da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento e que não podem deslocar-se do domicílio.

O Programa Nacional Cuidados Paliativos define que as ECSCP são de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam. Nos casos em que não existam ECSCP, deve ser prevista a inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas ECCI. Se tal não for possível, as EIHSCP prestam suporte às ECCI de modo a assegurar ações paliativas e/ou cuidados paliativos. A nível nacional, existem 25 EIHSCP e 11 ECSCP. Nas áreas com população inferior a 300.000 habitantes deverão constituir-se equipas mistas EIHSCP/ECSCP (MS, 2010; *Regulamento n.º 533/2014*).

No enquadramento do artigo 11.º do *Decreto-Lei n.º 28/2008*, de 22 de fevereiro, surgem as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC):

*“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”*

*(Decreto-Lei n.º 28/2008, p.1184)*

A UCC é o pivô de articulação entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e integram a Equipa Coordenadora Local (ECL). Articulam-se com as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e as Unidades de Saúde Pública (USP). São unidades coordenadas por enfermeiros, compostas por equipas multidisciplinares: enfermeiros, médicos, nutricionistas, técnicos de serviço social, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros.

Têm como objetivo promover a saúde e apoiar pessoas, ou grupos mais vulneráveis ou comunidades, através de um trabalho em equipa e de uma intervenção especializada. São exemplo de áreas de intervenção: a Saúde Escolar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Intervenção em Lares de Terceira Idade, Grupos de risco e/ou com doença crónica, Grupos de ajuda mútua, de várias ordens, entre outras. Estas áreas de intervenção consistem em projetos específicos que são definidos e desenvolvidos em cada UCC, com um caráter próprio e adaptado às necessidades da comunidade onde a UCC se insere regionalmente.

Estas equipas são compostas por profissionais de diferentes áreas, onde se incluem enfermeiros com várias vertentes de especialização e podem ter uma intervenção domiciliária ou de nível comunitário. Note-se que estas unidades edificam um serviço onde, por excelência, a população tem acesso a um grande leque de profissionais na área da saúde e a cuidados de enfermagem diferenciados, pois estas têm uma representação ampla não só de enfermeiros de cuidados gerais, mas de diferentes tipos de especialização em enfermagem. São nestas unidades que se inserem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que embora sejam um ramo da RNCCI, estão sobre a responsabilidade operacional de gestão das UCC.

As USP são, ainda, confundidas com as UCC. As primeiras foram, durante vários anos, os espaços onde se desenvolviam os projetos de intervenção que agora passaram para as UCC. São exemplo disso, os projetos na área da Saúde Escolar. Atualmente, com a reestruturação do SNS através da inclusão da RNCCI, preconiza-se que as USP sejam o observatório e a gestora de projetos, que fazem a observação e diagnósticos da população como um todo e emanam orientações para as UCC, para que estas desenvolvam projetos específicos para a comunidade em que se inserem. As UCC negociam com as USP os projetos a desenvolver, numa perspetiva de articulação, e são elas que dão a resposta específica ao cidadão, grupo ou comunidade.

### 1.1.1.2 Estratégias e modelos de gestão da RNCCI

As reformas no Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>1</sup> têm promovido alterações na forma como se prestam os cuidados de saúde. As linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários tornam visível que a estrutura de alicerce de todo o sistema de saúde está na comunidade, considerando os centros de saúde a porta de entrada para o SNS (*Decreto-Lei n.º 28/2008*).

As alterações vigentes criam novos desafios para a gestão, no sentido da monitorização e da melhoria do funcionamento da RNCCI – o que não se mostra fácil, quando se lidam com constrangimentos económicos e racionalização ao nível europeu e nacional. No relatório de *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2014*, é referido que o valor total de execução financeira do ano de 2014 foi de 152.705.364,97€. Embora neste valor se incluam pagamentos referentes ao ano anterior, o valor relativo à componente Saúde, leia-se adstrito ao Ministério da Saúde, foi de 120.940.890,43€ e o valor referente à Segurança Social foi de 31.764.474,54€ (ACSS, 2015a)

Apesar da sua ampla implementação, a RNCCI carece de maior número de vagas e de melhorias nos processos de referenciação, para que doentes que precisam, e que apresentam critérios, não deixem de integrar as unidades da Rede e, consequentemente, degradem a condição de saúde e das suas famílias. No estudo de Tavares (2011) sobre o destino das pessoas dependentes no autocuidado após a alta hospitalar realizado em três hospitais da zona do Grande Porto, o autor observou que apenas 12% destas pessoas foram sinalizadas às EGA e, destas, foram referenciadas apenas 11% para a RNCCI. Também Petronilho (2013), num estudo similar realizado em hospitais da região do Cávado e Ave, verificou que: 58,6% das pessoas dependentes no autocuidado no momento da alta foram para o domicílio, sem registo de outros apoios; 28,2% foram referenciados para serviços de internamento da RNCCI; 9,5% para lares; e, 3,7% para famílias de acolhimento. Dos 28,2% dos clientes que foram internados nas unidades da RNCCI, apenas 6,8% permaneciam nas mesmas unidades após três meses da sua referenciação. Já no que se refere à percentagem dos clientes que se encontravam no domicílio, três meses após a alta hospitalar, ascendeu para 75,9% e nos lares para 11,1%.

Note-se que as listas de espera para as unidades de cuidados continuados e os tempos de espera podem ser indicativos de necessidades não satisfeitas. Mas, também é verdade que, se

---

<sup>1</sup> Integram o Serviço Nacional de Saúde todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente: os agrupamentos de centros de saúde; os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação; e, as unidades locais de saúde.

todas as EGA, ECL e equipas referenciadoras dos ACES se articulassem adequadamente, o problema nalgumas regiões do país teria ainda mais impacte, com muito maior número de pessoas a aguardar por cuidados continuados (SEMS, 2014). Segundo os dados do INE (2015a), tem havido um decréscimo constante no total de camas oferecidas pelo SNS, ao mesmo tempo que se verifica aumento do número de camas oferecidas pelos hospitais privados. No que se refere à RNCCI, o OPSS (2015) dá conta de estimativas inadequadas, quando se comparam o número de camas disponíveis na Rede e as necessidades em cuidados – nomeadamente no que concerne à dependência no autocuidado. Apesar dos aumentos no número de camas, de 12,4% entre 2012 e 2013 pelas diversas tipologias, o OPSS refere, e a RNCCI assume, que este número de camas não responde às reais necessidades da população (OPSS, 2015).

Em dezembro de 2014, contabilizavam-se perto de 14.000 vagas na RNCCI, distribuídos por 6.812 nas ECCI e 7.160 vagas nas Unidades de Internamento da RNCCI (ACSS, 2015a). O OPSS adverte, no entanto, que face às suas estimativas de cerca de 48.454 pessoas dependentes no autocuidado “acamados”, que preenchem os critérios definidos na Lei para integrar a RNCCI, o número de vagas existentes representa menos de 30% das necessidades em cuidados atuais. Este organismo acrescenta, ainda, que a equidade no acesso a este tipo de cuidados está comprometida. Uns clientes são referenciados para a RNCCI e outros não, existindo ainda desigualdades regionais marcadas (OPSS, 2015).

### **1.1.2 As ECCI no contexto da RNCCI**

Sempre que existam UCC, as ECCI são projetos integrados nestas unidades funcionais. Estas equipas, as ECCI, são um dos ramos da RNCCI com maior proximidade às comunidades e, na prática, são a verdadeira aplicabilidade do reconhecimento de que o cidadão é o centro do SNS e os cuidados de saúde primários o pilar central do sistema de saúde português. Assim, no respeito pelo n.º 1 do Art. 27.º do *Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho, foram criadas as ECCI.

#### **1.1.2.1 Enquadramento e missão**

O *Decreto-Lei n.º 28/2008*, de 22 de fevereiro, cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS e estabelece o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, onde se incluem as UCC (ACSS, 2015a). A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de interven-

ção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Ao cumprir a sua missão concorre, também, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Para tal, a UCC deve estar comprometida com os níveis de desempenho definidos em normativas internas do Conselho Clínico de cada ACES. A UCC é uma unidade funcional que desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra. Assim, os profissionais da UCC trabalham com autonomia técnica, dependendo do coordenador da unidade. Este coordenador da unidade é designado de entre os enfermeiros, com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência na respectiva área funcional (ACSS, 2015a).

Sob o ponto de vista do seu compromisso, compete, às UCC, assegurar as suas funções através do compromisso assistencial contratualizado internamente, com a direcção do ACES, que se contextualiza no seu Plano de Acção. Este plano consiste no compromisso assistencial que é formalizado e acordado anualmente, entre o coordenador da UCC e o Director Executivo do ACES. O compromisso assistencial varia em função de características sócio-demográficas e das necessidades da comunidade abrangida e específica: a carteira de serviços; o horário de funcionamento da UCC, e dos seus serviços específicos – onde se inclui a ECCI; a definição do sistema de marcação, atendimento e referenciação; e, a articulação com as outras unidades funcionais do ACES ou com outras estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras) com que estabeleça parcerias (ACSS, 2015a).

Caso estas existam, as UCC são unidades funcionais dos ACES que integram as ECCI, cuja resposta faz parte da RNCCI. No que respeita ao financiamento e afetação de recursos, o ACES afeta às UCC os recursos necessários ao cumprimento do plano de acção: quer físicos, materiais e humanos. É o próprio ACES que define os seus mapas de pessoal, para cada área disciplinar de prestação de cuidados de saúde. A título indicativo, a ACSS (2015a) propõe a média de um enfermeiro por cerca de 5.000 residentes. Considerando que este enfermeiro desenvolve a sua actividade em estreita articulação e complementaridade com os enfermeiros e outros profissionais das outras unidades funcionais do ACES.

Neste enquadramento as ECCI, conforme todas as unidades da Rede, “(...) são criadas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, mediante proposta da coordenação nacional da Rede” (*Decreto-Lei n.º 101/2006*, p.3863). Estas são compostas por equipas multidisciplinares, constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas – em permanência ou em colaboração

parcial. Estas equipas têm como missão prestar cuidados de saúde domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, em processo de convalescença ou com necessidade de cuidados paliativos, cuja situação não requer internamento e que não podem deslocar-se do domicílio. Estas equipas asseguram: Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos clientes, familiares e cuidadores; Apoio no autocuidado; e Coordenação e gestão de casos potenciando outros recursos de saúde e sociais (*Decreto-Lei n.º 101/2006*).

Os ACES, através das UCC, garantem que cada ECCI cumpre o seu compromisso assistencial aos clientes admitidos, nestas unidades, após um processo de referenciação validado pela respetiva ECL da RNCCI. Como referência geral, as ECCI devem funcionar todos os dias do ano, no período das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos Sábados, Domingos e Feriados. Podem existir adaptações de horário, conforme a realidade e a experiência determinarem (ARS Norte, 2010).

Face à tipologia de clientes admitidos nestas unidades denota-se o significativo peso dos cuidados de enfermagem. Embora, claramente, seja um trabalho de uma equipa onde todos os profissionais são necessários. A prestação de cuidados é desenvolvida, através desta equipa, numa perspetiva global, sendo definido um plano individual de intervenção. Este plano integra uma avaliação integrada e multidisciplinar, com identificação das necessidades da pessoa dependente e do cuidador principal. Os objetivos a atingir; os recursos envolvidos; as atividades a desenvolver e a respetiva distribuição de responsabilidades a cada área profissional. Ao mesmo tempo considera-se de grande importância a designação de, entre os membros da equipa, um gestor de caso.

O gestor de caso assume primordial importância no âmbito dos cuidados continuados domiciliários. Na perspetiva da RNCCI o gestor de caso é um elemento de articulação entre todos os intervenientes envolvidos na prestação de cuidados, leia-se: equipa multidisciplinar, cliente, prestador de cuidados e família. Este facilita a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados (ECCI) e o cliente/família. Sob o ponto de vista técnico, é o responsável pela atualização e o acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, sendo um interlocutor privilegiado neste processo (RNCCI, 2009). No processo de acompanhamento e avaliações periódicas, revela-se fundamental a interação e complementaridade

do familiar cuidador no processo de decisão sobre os cuidados e na prestação de cuidados, propriamente dita (ARS Norte, 2010).

No que se refere ao processo de referenciação de cliente para a RNCCI, este tem de ser efetuado de duas formas: 1) através da Equipa de Gestão de Altas (EGA), se estiverem internados num hospital do Serviço Nacional de Saúde; 2) através do Centro de Saúde, se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência).

No primeiro caso, a EGA do hospital é quem faz a referenciação. Faz a avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados e tem por objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços de saúde e sociais. A proposta desta equipa é encaminhada para a Equipa Coordenadora Local (ECL). No segundo caso, a proposta de integração na Rede inicia-se no Centro de Saúde e é dirigida à ECL que, por norma, se encontra sedeadada no centro de saúde da respetiva área de residência. Esta proposta de ingresso na RNCCI pode ser feita através do médico de família, enfermeiro ou assistente social (*Decreto-Lei n.º 101/2006*; RNCCI, 2015).

Segundo os resultados obtidos no estudo de Petronilho (2013) os principais motivos de referenciação dos clientes para a RNCCI estão relacionados com a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e com a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Ora, não querendo generalizar os resultados de Petronilho (2013), podemos pelo menos afirmar que as áreas centrais no processo de referenciação dizem respeito a importantes áreas de intervenção de enfermagem. Este pode ser um bom argumento, para os enfermeiros assumirem maior responsabilidade e agilidade quando se trata de proporem clientes para a RNCCI.

Os *CrITÉrios Gerais de Referenciação de Doentes para as Unidades de Internamento, de Ambulatório e Equipas da RNCCI* encontram-se definidos na Diretiva Técnica nº 1, de 7 de janeiro de 2008 (RNCCI, 2008). No caso concreto dos clientes assistidos pelas ECCI são pessoas com necessidade de cuidados multidisciplinares de saúde e apoio social de complexidade e/ou intensidade elevada. Consideram-se clientes das ECCI – pessoas em situação de dependência e familiares cuidadores. Como critério geral para admissão na RNCCI, na sua vertente de apoio domiciliário: A pessoa em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde, que possua um contexto social ou familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no domicílio, de forma temporária ou permanente e que não se possa deslocar do seu domicílio (RNCCI, 2008). No que se refere aos critérios específicos de admissão para ECCI, incluem-se os doentes que

apresentem deterioração significativa na realização das Actividades Básicas da Vida Diária e, pelo menos, mais um dos seguintes critérios: Alta recente de unidade de internamento (hospitalar ou cuidados continuados integrados); Incapacidade de gestão do regime terapêutico; Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática possível de realizar no domicílio; Necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, tais como Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, entre outros. Estabelecem-se, ainda os critérios de exclusão: Inexistência de cuidador informal, no caso de pessoas com elevado grau de dependência; Pessoas que se encontrem institucionalizadas em lares, residências assistidas, ou estabelecimentos similares (Idem, 2008).

### **1.1.2.2 Estratégias de gestão das ECCI**

Sob o ponto de vista da monitorização do funcionamento das UCC, no contexto de um processo de garantia da qualidade, a ACSS (2015a) preconiza que esta se deva desenvolver segundo níveis de desempenho definidos e disciplinados através de normativos internos do Conselho Clínico do ACES. As ARS e os Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, através dos ACES, monitorizam e avaliam os processos e os resultados da atividade das UCC. Conforme o *Despacho n.º 10143/2009*, do Ministério da Saúde, a monitorização da atividade de uma UCC, onde se incluem as ECCI, assenta em sete áreas: Disponibilidade, Acessibilidade, Produtividade, Qualidade Técnico-científica, Efetividade, Eficiência e a Satisfação. Este enquadramento sugere que as equipas formadas carecem de uma avaliação da qualidade que inclua, entre outros aspetos, a avaliação da satisfação dos clientes – como um importante indicador de qualidade do serviço. Claramente, os reguladores – Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social –, deixam em aberto a contemplação de especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional. A monitorização e avaliação da UCC têm por base um modelo de matriz nacional em que se aplica a metodologia de autoavaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre UCC (ACSS, 2015a).

A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) foi criada em 2007 e é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Assume as atribuições do Ministério da Saúde, sob a superintendência e tutela do respetivo ministro e tem jurisdição sobre todo o território continental. Tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos



do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde e, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, coordenar a contratação da prestação de cuidados de saúde (ACSS, 2015a). A ACSS tem um conjunto de departamentos responsáveis distribuídos pelas áreas: Administração geral; Recursos humanos; Financeira; Financiamento e Instalações e equipamentos. Cada um destes departamentos ou unidades assumem responsabilidades, na sua área de atuação, provenientes do Ministério da Saúde e em todo o SNS.

Das suas atribuições importa aqui destacar as que se circunscrevem ao financiamento e monitorização das UCC, onde se incluem as ECCI. Um dos departamentos da ACSS é o Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde, responsável pelos relatórios, estatísticas e informação financeira e de gestão. É, ainda, responsável pela definição das metodologias de contratualização aplicadas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, informação sobre indicadores de desempenho, contratualização e propostas de alocação de recursos financeiros (ACSS, 2015a).

Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, podendo existir um pagamento por parte do cliente em função dos rendimentos do seu agregado familiar. No caso concreto das ECCI, inseridas nas UCC, são da responsabilidade dos dois sectores em função da natureza dos cuidados prestados. Segundo o *Decreto-Lei n.º 101/2006*, o financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, devendo ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço. Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respetivas ARS e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – numa lógica de diversificação de fontes de financiamento e da adequação seletiva, variando, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados (*Decreto-Lei n.º 101/2006*). Apesar de estar prevista a repartição dos encargos nas unidades da RNCCI, no caso concreto das ECCI, o cliente não paga qualquer taxa moderadora e, segundo o OPSS (2015), “Salienta-se o facto de o funcionamento das ECCI ser suportado pelos orçamentos dos centros de saúde e não pela RNCCI” (p.93). Este organismo, o OPSS, adverte que se revela necessário reequacionar o modelo de financiamento destas equipas e, no global o financiamento da RNCCI – visto existirem serviços e cuidados que, noutras unidades da rede, são pagas pela Segurança Social ou pelo próprio cliente / família. Também aponta a necessidade de “uma clarificação, nas ECCI, em termos de saúde e segu-

rança social, sobre "quem faz o quê», «quem paga o quê» e «quem recebe o quê», nos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado” (OPSS, 2015, p.151). No que se refere ao financiamento, o orçamento dos ACES assume a estrutura de orçamento económico, decorrendo das condicionantes de gestão financeira e da assunção de que é um serviço de saúde com autonomia administrativa. Assim, o orçamento económico de cada ACES está dependente e limitado pelo orçamento da respetiva ARS (ACSS, 2014). Desta forma, as ARS assumem a responsabilidade de negociar e acompanhar o desempenho económico-financeiro dos seus ACES, onde se incluem as ECCI integradas nas suas UCC.

Também, no final de cada ano, o Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde emite o *Modelo de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários*. Neste documento estão definidos um conjunto de aspetos que incluem: o calendário de negociação e contratualização; o plano de desempenho e os contratos programa; o orçamento económico para os ACES; o acompanhamento e a avaliação; a negociação do conjunto de indicadores; atividade, objetivos e resultados a alcançar nos ACES e pelas unidades funcionais que as compõem. De esclarecer que a contratualização é dividida em dois subprocessos: a contratualização externa e interna. A primeira é realizada entre a ARS e os ACES, formalizada através da negociação dos *Planos de Desempenho* e a assinatura dos *Contrato-Programa*. A segunda, a contratualização interna, é realizada entre o ACES e as respetivas unidades funcionais que o constituem, formalizada com a assinatura das *Cartas de Compromisso* (ACSS, 2014).

No caso concreto do ano de 2015, à semelhança do trénio 2013-2015, a definição da matriz de indicadores de contratualização externa, entre a ARS e os ACES, é baseada na seleção de 20 indicadores, de uma lista fornecida pela ACSS, organizada em três eixos: nacional, regional e local. Deste conjunto de indicadores: 14 são escolhidos de entre um painel de indicadores do eixo nacional; quatro escolhidos pelas ARS e que vão ao encontro de programas regionais ou de prioridades definidas regionalmente e que estejam fora dos indicadores do eixo nacional; e, dois, indicadores específicos que de acordo com necessidade locais de saúde, que não estejam colmatados pelos indicadores anteriores (ACSS, 2014).

No âmbito dos cuidados de saúde primários, onde pela via das UCC se incluem as ECCI, destaca-se que no *Modelo de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários* para 2015, assim como nos anteriores, os indicadores preconizados são, em geral, de processo e de resultado, neste último caso, de resultado financeiro e clínico. São exemplos: *Taxa de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos*; *Proporção de jovens com 14 anos com Plano*

*Nacional de Vacinação cumprido até aos 14 anos; Proporção de medicamentos prescritos que são genéricos* (ACSS, 2014, p.25-28).

Este modelo preconiza, ainda, que se avalie a satisfação dos clientes nas UCC. O indicador de satisfação deve ser selecionado de entre os dois disponibilizados pela ACSS. São eles: Proporção de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos e Número de dias com reclamações por fechar, por 1.000 consultas (ACSS, 2014, p.28). Apesar disto, a aplicação do questionário de satisfação está prevista apenas a todas as USF e a um número determinado de UCSP por ARS. Desta forma, o indicador relativo à satisfação dos clientes está dependente da escolha pela ACSS, sob a proposta de cada uma das ARS – tendo em conta a proporção de unidades funcionais que aplicam o questionário de satisfação em cada ACES, ou a proporção de clientes abrangidos pela sua aplicação (Idem, 2014).

Em 2014 iniciou-se o processo de avaliação da satisfação dos utilizadores em algumas unidades com as quais se contratualizou o indicador, entre unidades de USF e UCSP. Para 2015 a ACSS prevê dar continuidade a esta monitorização, reconhecendo que a avaliação da satisfação dos utilizadores das USF, das UCSP dos ACES, ou de qualquer unidade de saúde: “(...) como sendo um indicador de qualidade que visa medir diretamente a qualidade percebida pelos utilizadores e indiretamente a adequação da oferta de serviços perante as necessidades sentidas de cada utilizador” (Idem, 2014, p.49).

No que se refere à contratualização interna, esta tem em vista a negociação do *Plano de Ação Anual* e a assinatura das *Cartas de Compromisso*, entre os ACES e as respetivas unidades funcionais. Aqui, devem ser envolvidos os profissionais de saúde e tidos em conta as necessidades em saúde da população e as prioridades assistenciais definidas pelo Diretor Executivo e pelo Conselho Clínico do ACES, baseados na informação fornecida pela USP (Idem, 2014).

No que se refere à especificidade dos indicadores para as UCC, já em 2010, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários cria um documento intitulado por *Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade*, que reuniu um grupo de trabalho com elementos da ACSS, das ARS e das Equipas Regionais de Apoio (ERA), com o objetivo de parametrizar indicadores específicos de enfermagem nas áreas chave da UCC a nível nacional. Desta forma, ao mesmo tempo que se construiu um instrumento orientador para os que trabalham na UCC, deu-se um importante passo para a monitorização e contratualização destes indicadores (MCSP, 2010). Mais tarde (ACSS, 2014), em 2012, tinham-se iniciado experiências piloto de contratualização com UCC, onde foi possível identificar um conjunto

de indicadores para estas unidades, passíveis de ser monitorizados pelos sistemas de informação em uso, pelo que, atualmente, já será possível a implementação de um processo de contratualização a nível nacional com as UCC e consolidar os processos experimentais de contratualização com as USP e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Desta maneira, pretende-se criar um quadro estável de indicadores de monitorização e acompanhamento da atividade destas equipas. Os programas e projetos da carteira de serviços das UCC integram-se no plano de ação do ACES. Estes são definidos, em articulação com as USF, as UCSP, as URAP, as USP e com as ECL da RNCCI. Para tal, devem ser consideradas as áreas de contratualização a nível nacional, tais como: Programa Nacional de Saúde Escolar; Cuidados Continuados integrados (através das ECCI); Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco / Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; Preparação para a parentalidade / Preparação para o Parto; Programas e Projetos de Intervenção Comunitária; e as Redes Sociais da Comunidade (ACSS, 2014).

Com o trabalho desenvolvido nos últimos anos, foi possível identificar um conjunto mínimo de dados para a construção de indicadores nas UCC e que se encontram operacionalizados no *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização com as Unidades de Cuidados na Comunidade Para o Ano de 2015* e que permitem, agora, a sua monitorização através dos sistemas de informação em uso (ACSS, 2014; ACSS, 2015b).

Os indicadores para as UCC subdividem-se por três tipos: Acesso; Desempenho assistencial e Eficiência. Destes indicadores, definidos para 2015 e de âmbito nacional, importa destacar aqueles que medem a atividade realizada sobre clientes integrados nas ECCI:

- Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem efetuadas no período de fim-de-semana ou em dias de feriado;
- Proporção de clientes com contacto pela equipa multiprofissional nas primeiras 48h;
- Número médio de visitas domiciliárias por qualquer elemento da equipa, por cliente, por mês de internamento;
- Proporção de clientes com alta da ECCI com objetivos atingidos;
- Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão;
- Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão;
- Taxa de incidência de úlcera de pressão durante a integração na ECCI;
- Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico;
- Proporção de clientes com ganhos expressos no controlo da intensidade da dor;
- Proporção de clientes com melhoria no nível de "dependência no autocuidado";
- Proporção de clientes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI;

- Taxa de ocupação da ECCI;
- Tempo médio de permanência em ECCI.

(ACSS, 2014; ACSS, 2015b)

De realçar que, aqui, apenas se enunciaram os indicadores sensíveis aos cuidados prestados pelas ECCI, destacando que, no seu todo, a grande maioria são efetivamente relativos a esta unidade funcional. Outros indicadores referem-se, por exemplo: à Saúde Escolar, à Parentalidade ou aos indicadores relativos à ECL. Sobre este último, a ECL, importa referir os três indicadores que estão definidos. São eles: Taxa de clientes avaliadas pela ECL (após sinalização) nas primeiras 72 horas; Taxa de avaliação de prorrogações ou transferências entre tipologias no prazo de 5 dias; e, Tempo médio de espera para entrada em ECCI (ACSS, 2014).

A definição de um painel de indicadores de nível nacional, com “sensibilidade” para o trabalho desenvolvido nas ECCI, permite agora que as UCC possam fazer a contratualização interna com os respetivos ACES, devendo, ainda, introduzir outros indicadores de âmbito regional ou local que traduzam os planos de ação definidos. No entanto a própria ACSS (2014; 2015b) assume o compromisso, com todas as entidades envolvidas, de continuar a desenvolver estes indicadores e de normalizar os registos de enfermagem através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e da adequação dos sistemas de informação em uso – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (*SAPE*) e *GestCare CCI*®.

Sobre a gestão do número de vagas e da sua ocupação, o OPSS adverte que, apesar do aumento insuficiente do número de camas na RNCCI, as ECCI, “(...) são as que menos têm crescido, as que menos recebem referenciação e as que estão subocupadas em todo o país, apesar de serem mais acessíveis, quer do ponto de vista financeiro, quer de distância” (OPSS, 2015, p.39).

Dados da ACSS (2015a), relativos a dezembro de 2014, dão conta que o número de vagas existente nas ECCI é próximo do número de vagas existentes nas Unidades de Internamento da RNCCI – respetivamente 6.812 e 7.160 vagas. Apesar de se advogar o aumento do número de vagas nas ECCI, estas são as que apresentam taxas de ocupação mais baixas, 67%, comparativamente com as Unidades de internamento que oscilam, dependendo do tipo de unidade, entre os 85 e os 96%. Nestas últimas, as que apresentam maior taxa são as Unidades de Longa Duração e Manutenção. Ainda, num global de 70.115 clientes sinalizados, apenas 39.369 foram referenciados e, destes, 35.320 foram admitidos na Rede (ACSS, 2015a).

O OPSS (2015) também refere que as taxas de ocupação nacional nas unidades de internamento da RNCCI são elevadas. No entanto o relatório da RNCCI (2014) refere que se continuam a verificar taxas de ocupação de ECCI baixas em todas as regiões do país. A região de Lisboa e Vale do Tejo onde se verifica a maior taxa, de 67%, e a região Centro é a que apresenta as menores taxas de ocupação, com 41% (RNCCI, 2014).

Segundo o relatório *Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental* (SEMS, 2014), todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) têm ECCI. Estimam-se cerca de 7206 vagas em ECCI, a nível nacional. Quer dizer-se, em abril de 2014, que 7.206 pessoas podiam ser acompanhadas por estas equipas. Lisboa e Vale do Tejo apresenta o maior valor absoluto, com 2.112 lugares, e o Alentejo o menor, com 571. Se o rácio for calculado por 100.000 habitantes maiores de 65 anos, o Algarve apresenta o maior número de lugares de ECCI (1.714 lugares) e o Norte o menor (271). Ainda recomendam o reforço a componente de ambulatório da RNCCI, com a implementação no terreno de unidades de dia e de promoção da autonomia, e reforço das ECCI. Desta forma pode contribuir-se para a manutenção nos domicílios e contexto habitual de vida das pessoas que, atualmente, acabam por ser referenciadas para outras tipologias da rede, nomeadamente de internamento (SEMS, 2014).

Sobre os processos de referenciação, no mesmo relatório, regista-se a necessidade de se desenvolverem estratégias e melhor normalização dos procedimentos das entidades responsáveis pela referenciação, com o objetivo de melhorar ainda mais a articulação entre os hospitais, os ACES, a RNCCI e a Segurança Social, criando um circuito ágil que possibilite a mobilidade dos clientes que necessitem de cuidados continuados. Também aponta para a reafirmação dos princípios nacionais da RNCCI para que se evitem iniquidades no tratamento dos clientes nas várias regiões do país. É apontado, ainda, que alguns serviços hospitalares e ACES não procedem à sinalização dos clientes com necessidades de cuidados continuados através da plataforma eletrónica da RNCCI, o que também tem prejudicado a equidade na referenciação e a rapidez dos processos (SEMS, 2014).

Outra nota mencionada neste relatório reside na necessidade de atualização e utilização efetiva do sistema de informação da RNCCI, nomeadamente do módulo de cálculo e do de faturação. Melhorias nestas áreas do sistema de informação teriam resultados mais positivos a nível da eficácia da gestão do tempo de afetação dos representantes da segurança social nas ECL, libertando-os para outras atividades inerentes à referenciação e admissão de clientes,

monitorização e acompanhamento das unidades, bem como para a melhoria dos processos de gestão de permanência e de planeamento das altas (Idem, 2014).

Outro problema que os gestores enfrentam no contexto das UCC e, inerentemente, nas ECCI é o número de recursos humanos que constituem as unidades. Aqui, pela natureza do tipo de cuidados que são prestados os rácios enfermeiro-cliente assumem particular relevância. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no *Regulamento n.º 533/2014*, de 2 de dezembro de 2014, emite a norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Relativamente ao cálculo de dotação de enfermeiros nas UCC, o regulamento define o rácio de, pelo menos, um enfermeiro por cada 5.000 habitantes, preferencialmente especialistas – dependendo das características geodemográficas e sociais da população em que se insere e do número e tipologias de projetos que cada UCC contempla. Sobre este último ponto, é muito relevante o número de vagas que a unidade disponibiliza para as equipas domiciliárias da RNCCI que as integram – ECCI e, caso existam, ECSCP. A dimensão da equipa multidisciplinar da UCC é avaliada anualmente, de forma a poderem ser efetuados os ajustes em relação à evolução das necessidades da população, podendo a unidade propor ao Diretor Executivo do ACES, o reforço fundamentado de recursos humanos. Este regulamento acrescenta ainda que, para além da observação das questões atrás referidas, as ECCI devem integrar enfermeiros especialistas de Reabilitação com um rácio de um enfermeiro para cada sete clientes (*Regulamento n.º 533/2014*).

Numa investigação que decorreu nas ECCI da ULSM com o objetivo de estudar os custos de funcionamento destas equipas (Filipe, 2015, Cit. por OPSS, 2015), concluiu-se que o custo médio de um cliente por dia nestas ECCI foi de 17,79€. Este valor corresponde a: 53,5% relativo ao tempo gasto por todos os profissionais envolvidos; 25% a materiais usados na prestação de cuidados; 16,7% a custos indiretos e 4,8% relativos a transportes.

Segundo o OPSS (2015), com um modelo de funcionamento das ECCI idêntico ao da ULSM, se as 48.454 pessoas dependentes “acamadas”, que se estimam existir em Portugal, estivessem a receber cuidados de uma ECCI, os custos rondariam os 314.628.494,00€ por ano. Visto de outro prisma, mas também se o custo das ECCI em Portugal for semelhante ao apurado na ULSM por Filipe (2015), os custos com os clientes, se todos os clientes da Rede estivessem nas ECCI, representariam 37,2% dos custos com os doentes internados nas outras tipologias de assistência da RNCCI (Filipe, 2015, Cit. por OPSS, 2015). Claramente, se o modelo fosse este, os custos com a Rede reduziriam bastante o que permitiria aumentar, por sua vez, as vagas disponíveis nas ECCI. Segundo estas estimativas, aumentar a capaci-

dade da Rede por via do aumento da capacidade das ECCI exige um investimento financeiro consideravelmente menor, do que fazê-lo à custa do aumento das tipologias de internamento.

O OPSS refere, ainda, que as ECCI são a solução de maior proximidade à comunidade. Culturalmente, em Portugal, ser institucionalizado numa situação de dependência tem uma conotação negativa (OPSS, 2015). Também, no estudo desenvolvido por Parente (2013), quando questionados sobre a melhor solução para si se viesse a experienciar dependência no autocuidado, 48,6% dos 2314 inquiridos referiram que preferiam ficar em casa se houver condições e, 11,4% preferiam ficar também em casa – independentemente de estarem ou não reunidas as condições. Aqui, parece evidenciar-se a vontade de um número significativo de pessoas inquiridas, caso venham a necessitar, em serem assistidas no seu próprio domicílio. A OPSS (2015) sublinha que, com estes argumentos, não está a circunscrever a Rede às ECCI mas, antes, em favor de um aumento da capacidade global da rede – onde as ECCI devem assumir um papel central.

### **1.1.3 A gestão da qualidade em saúde**

Do enquadramento que tem sido feito ao longo deste relatório, o conceito de qualidade em saúde assume uma particular importância pois é o âmbito que abriga o objeto de estudo nesta investigação e o conceito nuclear que norteia o desenvolvimento deste trabalho. Não se trata de qualidade enquanto conceito lato de gestão, mas, antes, da especificidade do conceito de qualidade em saúde.

Têm sido amplas e diversificadas as definições conceptuais que existem de qualidade em saúde. Um ponto comum a todas elas é o enfoque na satisfação do cliente – aspeto que assume constante destaque e atenção quando se pretende melhorar e medir a qualidade em saúde. Para efeitos desta investigação e pela sua adequabilidade ao contexto de enfermagem, o conceito de qualidade em saúde de Avedis Donabedian emerge como um habitual e excelente modelo enquadrador da qualidade em saúde.

Donabedian (2003), nas suas primeiras tentativas de definição do conceito, começou por considerar a qualidade em saúde como o produto da interacção de dois factores, sob a acção de um conjunto de condições envolventes. O primeiro é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde, e o segundo é a aplicação desse conhecimento e tecnologia na prática. As condições envolventes consistem em: dimensão técnico-científica, que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimen-



são interpessoal, que se refere à relação interpessoal, entre o profissional de saúde e o cliente; e a dimensão ambiental, referente às condições ou comodidades ambientais do contexto onde ocorrem os cuidados de saúde, vulgarmente designadas por amenidades de conforto e bem-estar ou condições hoteleiras. É da forma como se relacionam estas variáveis que resulta a qualidade em saúde, sendo consideradas pelo autor como os elementos centrais da definição conceptual de qualidade em saúde.

Ainda, Donabedian (2003) redefine a qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Assim, define qualidade em saúde assente em sete componentes: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, adequação, legitimidade e equidade (Idem, 2003). De forma sucinta, entende-se por:

- Eficácia: Capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados para promover melhorias na saúde. Corresponde, habitualmente, a *standards* de qualidade que têm origem na experiência e investigação e servem de referência para comparar resultados.
- Efetividade: relação estabelecida entre os resultados obtidos e os resultados que os *standards* apontam com base na evidência científica.
- Eficiência: capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade destes. Este conceito é frequentemente usado em análises económicas, baseando-se na mera redução de custos que não traduz necessariamente eficiência. O autor refere diversas categorias de eficiência, tais como: a eficiência clínica que depende de aspetos como o julgamento clínico, os conhecimentos e competências, que poderão traduzir menores custos para o cliente; a eficiência produtiva, quando são aperfeiçoados pelo treino, determinados procedimentos terapêuticos com vista a reduzir a frequência de erros e consequentemente, a diminuir os custos; e, por último, a eficiência distributiva que se refere à capacidade de prestar assistência a quem dela mais necessita.
- Otimização: componente da qualidade que remete para a relação entre os custos e os resultados, ou seja, os melhores resultados possíveis com os custos mais reduzidos.
- Adequação: conformidade com os desejos, valores e expectativas do cliente e da sua família, e que engloba várias dimensões como a acessibilidade, a pertinência, relação profissional/cliente, ambientes confortáveis, e preferências pessoais do cliente. A acessibilidade diz respeito à facilidade com que os clientes acedem aos cuidados

em tempo útil. A pertinência relaciona a disponibilidade dos cuidados de saúde tendo em consideração se estes são os mais indicados. A relação interpessoal que se estabelece entre o cliente e o profissional de saúde, que incorpora os princípios de respeito pelos valores, crenças e desejos do cliente e, onde o cliente é o centro da atenção. A adequação dos cuidados exige condições ambientais e hoteleiras que garantam a privacidade e o conforto.

- Legitimidade: conformidade com que os cuidados são aceites pela sociedade e expressos pelos princípios éticos, valores, normas, leis ou regulamentos.

- Equidade: conformidade com os princípios de justiça na distribuição dos cuidados de saúde e os benefícios para os membros dessa população. A equidade é parte do que torna os cuidados de saúde aceitáveis para os indivíduos e legítimos para a sociedade.

(Donabedian, 2003)

Sendo a qualidade em saúde um dos quatro eixos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a sua melhoria contínua é dever da Administração Pública, “(...) pois são os cidadãos que, na prática, financiam, na sua quase totalidade, os serviços que recebem” (DGS, 2013, p.20). Neste documento são referidas as dimensões da qualidade em saúde, entre as quais: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no cliente, continuidade e respeito – que se sobrepõem, também, às componentes estruturantes da qualidade em saúde anteriormente definidos por Donabedian (2003). Este último autor é também considerado por muitos como o fundador do movimento moderno de avaliação da qualidade, definindo um modelo de avaliação da qualidade nos serviços de saúde assente em três componentes: estrutura; processo e resultados.

A estrutura refere-se às condições em que são prestados os cuidados. Os indicadores de estrutura procuram medir os aspetos relativos aos recursos materiais disponibilizados para os cuidados, os recursos humanos e as características organizacionais, como por exemplo as metodologias de trabalho ou o número de camas disponíveis num determinado serviço (Idem, 2003).

O processo é relativo à efetiva prestação dos cuidados ou às atividades que o constituem, prestados pelos profissionais de saúde, mas que podem incluir, também, atividades desenvolvidas pelas famílias dos clientes. Os indicadores de processo referem-se a aspetos relacionados com atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, preparação do cliente em termos cognitivos, terapêuticas médicas e cirúrgicas, entre outros (Idem, Ibidem).

Os resultados revelam os efeitos dos cuidados prestados no estado de saúde dos clientes. No que se refere aos indicadores de resultado, estes procuram medir demonstrações dos efeitos da combinação de factores envolventes, da estrutura e processos nas condições dos indivíduos. São exemplo: resultados económico-financeiros; clínicos, relacionados com alterações obtidas na condição de saúde dos clientes, a satisfação dos clientes, entre outros (Idem, *Ibidem*).

Com a criação deste modelo, Donabedian (2003) deu um importante contributo para a adaptação dos conceitos da qualidade à área da saúde. O autor refere que a avaliação e promoção da qualidade, com este modelo, só é possível devido às relações existentes entre os três componentes – uma vez que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e, por sua vez, aumenta a probabilidade de um bom resultado.

Na atualidade, o perfil dos clientes da saúde são cidadãos mais informados e exigentes no que toca ao exercício dos seus direitos. Segundo Donabedian (2003), a prestação de cuidados de saúde implica um compromisso genuíno e persistente por parte de cada profissional, baseado em valores éticos e deontológicos. Para o cumprimento de tal desígnio, um dos grandes desafios que se colocam na avaliação da qualidade passa pela criação de condições de recolha sistemática e regular de informação. A implementação das medidas de promoção da qualidade não representa a etapa final dos sistemas da qualidade; antes o início de um processo cíclico e permanente de redefinição da qualidade, monitorização do desempenho, correcção dos desvios detetados e promoção contínua de novos objetivos para a qualidade em saúde (Pereira, 2007; Donabedian, 2003).

#### **1.1.3.1 A satisfação dos clientes como um dos pilares da gestão da qualidade em saúde**

Durante as últimas duas décadas, tem havido um crescente interesse na forma como os clientes experienciam os cuidados de saúde e a questão da qualidade dos cuidados de saúde ganhou atenção crescente em todo o mundo (Athanasios *et al.*, 2009). A preocupação com a satisfação dos clientes dos serviços de saúde deve-se ao facto dos custos de tratamento das doenças e dos cuidados de enfermagem serem cada vez maiores (Johansson, Oléni e Fridlund, 2002). Já em 1997, o Ministério da Saúde reconheceu a (in)satisfação dos clientes e dos profissionais como um dos problemas existentes no SNS (MS, 1997).

Acompanhando este interesse pela qualidade, surge o *Despacho n.º 14223/2009* que se refere à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Neste documento consta que “(...) os

cuidados de saúde são hoje prestados num palco diversificado de interesses em conflito, numa mudança tecnológica permanente e sob um escrutínio público sem precedentes” sendo, cada vez maior, o nível de exigência dos clientes, tal como é a expectativa de bons resultados terapêuticos. Acrescenta, ainda, que a gestão eficiente dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos, deve ser capaz de dar resposta a um volume crescente da procura de cuidados de saúde, exigindo qualidade. Assim, tendo em vista a necessária melhoria da qualidade dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde criou, no âmbito da Direção Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde - com a missão de promover e disseminar, nas instituições de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade (*Despacho n.º 14223/2009*). Estas medidas continuam a corroborar a importância de definir, medir e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a fim de manter ou aumentar a satisfação do paciente (Johansson, Oléni e Fridlund, 2002), e promover a sua melhoria contínua.

Segundo Martins e colaboradores (2003), enquanto os clientes procuram cuidados mais humanos e de qualidade, a suscetibilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aos imperativos financeiros e comerciais prejudicam o desenvolvimento de uma assistência com estas características. Mais diz que, cuidados competentes e de qualidade, são economicamente tangíveis e tornam os cidadãos / clientes mais satisfeitos com os profissionais e com as instituições que os assistem (Martins *et al.*, 2003). A satisfação do cliente é, assim, um indicador significativo da qualidade dos cuidados de enfermagem e, para melhorar essa qualidade, os enfermeiros necessitam saber quais os fatores que a influenciam (Johansson, Oléni e Fridlund, 2002).

No que se refere à qualidade do exercício profissional de enfermagem, desde 2001, a Ordem dos Enfermeiros define os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* assentes em seis categorias de enunciados descritivos: 1) A satisfação do cliente; 2) A promoção da saúde; 3) A prevenção de complicações; 4) O bem-estar e o autocuidado; 5) A readaptação funcional; 6) A organização dos cuidados de enfermagem. Os enunciados descritivos visam aclarar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, constituindo um instrumento importante na definição do papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais e dos políticos (OE, 2001). Relativamente ao enunciado descritivo *Satisfação do Cliente* está preconizado que o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. A OE elenca um conjunto de elementos orientadores para atingir a satisfação do cliente. São exemplos:

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

(OE, 2001, p.11-12)

A OE (2003b) reforça, ainda, que dentro do painel de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, é sua competência contribuir para a *Melhoria da Qualidade*, podendo fazê-lo quando: “Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem e Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade” (p.23).

No reconhecimento das especificidades da gestão em enfermagem foi recentemente criado o *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015)*. Desta forma reforça-se a importância das funções de gestão dos enfermeiros para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais, podendo assim, a OE, reconhecer, validar e certificar o perfil de competências do enfermeiro gestor. Segundo o regulamento:

*«Enfermeiro Gestor» é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.*

(Regulamento n.º 101/2015, p.5949).

Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro gestor são a gestão e a assessoria de gestão. No domínio das competências de gestão espera-se que o Enfermeiro gestor seja aquele que: a) Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera; b) Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; c) Gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; d) Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; e) Garante a prática profissional baseada na evidência. Por seu lado, no domínio da assessoria seja aquele que: Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde. O Regulamento desdobra estas competências, em unidades de competências e em critérios de avaliação (Idem, p.5949). Com a criação do perfil de enfermeiro gestor, está-se a

sublinhar o reconhecimento do papel deste grupo profissional na definição das políticas de saúde e na gestão da qualidade em saúde. Este aspeto assume particular relevância no contexto em estudo, devido ao facto de os coordenadores das UCC, que integram as ECCI, serem enfermeiros.

Circunscrevendo, agora, um discurso mais denso em torno da satisfação dos clientes – enquanto enunciado descritivo, previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE –, devemos ter em consideração que a “avaliação da satisfação” com os cuidados representa a satisfação com uma mistura complexa de fatores, que compreende as necessidades percebidas, as expectativas de cuidados e a experiência com os cuidados (Mahon, 1996). Da mesma forma, Merkouris e colaboradores (1999) definem-na como a combinação de experiências, expectativas e necessidades percebidas pelo cidadão. Assim, pode-se considerar a satisfação como um constructo multidimensional e subjetivo (Gomes & Mendes, 2008; Otani *et al.*, 2009), isto porque inclui elementos de subjetividade, tais como as expectativas e as percepções (Nga Han Ghan & Chau, 2005; Schulmeister, Quiett & Mayer, 2005; Suhonen *et al.*, 2007; Gomes & Mendes, 2008).

Apesar das tentativas de padronização do conceito de satisfação e dos fatores que a determinam, a literatura mostra que não é possível universalizá-los – havendo necessidade de considerar cada contexto e situação (Miguel & Pereira, 2007). O conceito de satisfação tem diversas dimensões e é influenciado por uma variedade de fatores (Schulmeister, Quiett & Mayer, 2005). O significado de satisfação do cliente, com os cuidados de enfermagem, é uma correspondência ou o grau de coerência entre as expectativas do cliente sobre os cuidados de enfermagem ideais e a sua percepção dos cuidados de enfermagem efetivamente recebidos (Suhonen *et al.*, 2007; Nga Han Ghan & Chau, 2005; Schulmeister, Quiett & Mayer, 2005; Miguel & Pereira, 2007; Mendes, 2006; Laschinger *et al.*, 2005). Importa ainda ter presente que, um cliente que está satisfeito com os cuidados que lhe prestam está mais recetivo a seguir o regime terapêutico prescrito e pode atingir melhores resultados clínicos (Mahon, 1996). Em consequência disto surge uma cascata de benefícios associados à satisfação com os cuidados prestados: melhoria da qualidade dos cuidados, ganhos em saúde e as instituições poderão receber mais incentivos financeiros – tendo ganhos económicos (Gomes & Mendes, 2008; Otani *et al.*, 2009).

Relativamente aos cuidados prestados no hospital, vários autores afirmam que os cuidados de enfermagem geralmente determinam a experiência hospitalar dos pacientes, sendo possível afirmar que satisfação com cuidados de enfermagem tem o primeiro e o mais importante

efeito sobre todos os aspetos da satisfação. A satisfação com cuidados de enfermagem é o preditor mais forte e com mais influência sobre a satisfação geral dos clientes com sua experiência hospitalar (Woods *et al.*, 2005; Laschinger *et al.*, 2005; Özsoy, Özgür & Durmaz Akyol, 2007).

A satisfação dos clientes é considerada uma medida chave da qualidade e uma variável de interesse para o planeamento e avaliação dos cuidados de saúde, pelo que os fatores que a influenciam poderão ter um papel importante na gestão da qualidade dos cuidados prestados ao cliente (Baron-Epel, Dushenet & Friedman, 2001; Johansson, Oléni & Fridlund, 2002). Assim como no contexto hospitalar, realidade mais estudada e relatada na literatura, no contexto dos cuidados de saúde primários e cuidados continuados, o conhecimento deste fenómeno poderá ter grande relevo na definição de medidas políticas, na gestão das organizações e na definição de estratégias de melhoria contínua da qualidade.

Ao longo desta investigação adotámos, predominantemente, a denominação de satisfação do cliente, em detrimento da designação de satisfação do doente ou utente. Esta opção é alicerçada na ideia de Edwards e Staniszevska (2000) e da Ordem dos Enfermeiros (2001) que defendem que a utilização do termo satisfação do utente / utente ou utilizador está associada a passividade e ao resultado da reação aos cuidados recebidos. Já o termo satisfação do cliente tem inerente um significado de escolha e de envolvimento dos utilizadores nos serviços ou produtos que são fornecidos, de forma a chegar aos resultados. O uso da terminologia cliente, embora surja numa lógica empresarial, revela-se mais atual e pressupõe que o utilizador dos serviços de saúde, independentemente da sua condição de saúde ou da condição de familiar, assuma um papel de aquisição de bens ou serviços a nível de mercado em geral (Johansson, Oléni & Fridlung, 2002). A Ordem dos Enfermeiros (2003) também refere o termo cliente enquanto a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Estas serão as nossas preferências de designação, não obstante ao longo deste relatório poderemos utilizar outros termos sinónimos, tais como: cliente, doente ou utilizador.

Na presente investigação, para efeitos da colheita e análise dos dados obtidos, o cliente pode ser a *Pessoa Dependente* ou o *Membro da Família Prestador de Cuidados e Familiar Cuidador*. Assim, quando mencionamos o termo *Pessoa Dependente* estamos a referir-mo-nos à pessoa, cliente, que se encontra em estado de dependência, parcial ou total, ou, provisória ou permanente, e que foi referenciada para a ECCI. Julgamos ser um conceito inequívoco pelo que, ao longo do presente relatório, podemos mencionar *Pessoa Dependente* (PD) por, apenas, *Dependente* (D).

No que se refere à designação da pessoa que presta cuidados à pessoa dependente, que foi referenciada para a ECCI, encontramos habitualmente na literatura várias designações. A evidência empírica demonstra que a grande maioria dos cuidadores informais são membros da família da pessoa dependente. Na CIPE® Versão 1.0 e 2.0 (ICN, 2005; ICN, 2011), encontramos a definição de *Membro da Família Prestador de Cuidados* descrita como “Prestador de Cuidados: Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (p. 115). Figueiredo (2007) refere-se ao conceito de cuidador informal como “(...) as interações entre um membro da família (ou amigo, ou vizinho) que ajuda o outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar atividades que são necessárias para viver com dignidade” (p. 101). De realçar que é um dos requisitos, no caso de pessoas com elevado grau de dependência, a existência de um cuidador informal para um cliente ingressar na RNCCI. Assim, o membro da família que presta cuidados pode ser denominado por *membro da família prestador de cuidados*, *cuidador informal* ou *familiar cuidador*. Este *cuidador informal* é um elemento da rede social do dependente que assume o compromisso de lhe prestar cuidados não remunerados e sem qualquer vínculo formal (Figueiredo, 2007; Lage, 2007). Sob o ponto de vista operacional, na presente investigação, pretendemos identificar o *Principal Membro da Família Prestador de Cuidados*, em virtude de ser este o que mais se encontra envolvido no processo de cuidados do seu familiar dependente. Assim, com base nos pressupostos descritos, utilizaremos os termos referidos como sinónimos – adotando preferencialmente, para efeitos deste relatório, os termos *Membro da Família Prestador de Cuidados* e *Familiar Cuidador*, designados de forma abreviada por MFPC.

Com base nos critérios de referenciação definidos para esta unidade da Rede, pode-se constatar que se baseiam essencialmente na condição de saúde das pessoas referenciadas, emergindo naturalmente centralidade em cuidados de saúde subjacentes aos cuidados de enfermagem. Desta forma, sustentando a relevância dos cuidados de enfermagem que são prestados pelas ECCI, não podemos deixar de citar Dorothea Orem (2001). Esta autora, em 1956, iniciou a conceptualização em torno dos cuidados de enfermagem propondo que estes são baseados nas necessidades de autocuidado e no potencial do cliente para o desempenho das atividades do autocuidado. Orem (2001), desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas: 1) Teoria do Autocuidado; 2) Teoria do Défice de Autocuidado e, 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na Teoria do Autocuidado, a autora considera que os cuidados de enfermagem são essenciais quando existe um défice de autocuidado entre aquilo que o cliente pode realizar e o que necessita de ser realizado, por alguém, para suprir as suas necessidades de autocuidado. Se-



gundo a autora o autocuidado é definido como: “Uma função humana reguladora. (...) O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes” (Orem, 2001, p.45). Ou seja, consiste na prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Para tal, necessita de aprender e desenvolver-se, de forma a suprir as suas necessidades básicas no autocuidado, pois considera-o uma função humana reguladora – não inata. Parte do pressuposto que todas as pessoas são capazes de se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida. Quando os indivíduos não têm esta capacidade, necessitam que os cuidados sejam realizados por outras pessoas – quer da rede informal, como o seu familiar cuidador, quer da rede formal, se estes cuidados resultarem de ação profissional.

Nos pressupostos atrás referidos, a ação do autocuidado envolve quatro domínios: 1) o domínio cognitivo, referente ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado; 2) o domínio físico, relativo à capacidade física para realizar a ação de autocuidado; 3) o domínio emocional ou psicossocial, relacionado com as atitudes, valores, desejos, a motivação e a perceção sobre a competência na realização da ação do autocuidado; e, 4) o domínio do comportamento, que abrange as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado de Orem refere-se também aos fatores condicionantes básicos – fatores internos ou externos aos indivíduos. Estes fatores podem afetar a capacidade dos indivíduos se envolverem no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário. São exemplos: a idade; o sexo; o estadio de desenvolvimento; o estado de saúde; a orientação sociocultural; os fatores associados ao sistema de saúde, como o diagnóstico médico e o tratamento; os fatores do sistema familiar; os padrões de vida, incluindo o envolvimento em atividades do dia-a-dia; os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade dos recursos (Idem, 2001).

Orem (2001), desenvolve ainda o conceito de requisitos de autocuidado. Os requisitos de autocuidado são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo de vida, sendo frequentemente designados como atividades de vida diária. A autora divide-os em três categorias: 1) requisitos universais de autocuidado; 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento; e 3) requisitos de autocuidado no desvio de saúde (Idem, Ibidem).

Relativamente aos requisitos universais de autocuidado, Orem (2001) apresenta oito: 1) a manutenção de uma quantidade suficiente de ar, 2) a manutenção de uma ingestão suficiente

de água, 3) a manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos, 4) a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação, 5) a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, 6) a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, 7) a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano e, por último, 8) a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais.

Sobre os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, estes expressam-se em dois objetivos: 1) providenciar condições e promover comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento; 2) providenciar condições e experiências que minimizem ou superem efeitos nocivos no desenvolvimento. Exemplos das condições referidas são: a) privação da educação; b) problemas de adaptação social; c) falhas de saúde individual; d) associadas a perdas de familiares e amigos; e) perda de haveres e de segurança ocupacional; f) mudança súbita de residência para um ambiente desconhecido; g) problemas associados ao status; h) saúde pobre ou incapacidade; i) condições de vida opressivas; e, j) doença terminal ou morte iminente (Orem, 2001, p. 232).

Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde estão relacionados com as condições de doença ou de lesão, associados a formas específicas de patologias ou podem resultar de intervenções médicas. A autora define seis categorias de requisitos de autocuidado no desvio de saúde:

1. Procurar e garantir assistência médica adequada nos eventos de exposição a agentes específicos (físicos ou biológicos) ou condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos ou quando resulta de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas conhecidas;
2. Estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento;
3. Realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, à correção de deformidades e anormalidades, e à compensação das incapacidades;
4. Estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos do desenvolvimento;
5. Modificar o autoconceito (e a autoimagem) em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde;

6. Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal.

Orem (2001, p.235)

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Enfermagem de Orem, surgindo para aclarar a forma como os cuidados de enfermagem podem ser implementados. O défice de autocuidado surge quando as necessidades em cuidados são superiores à capacidade de agir, por parte do indivíduo. Este conceito é orientador, permitindo a adequação das estratégias de intervenção e a compreensão do papel dos clientes no seu próprio autocuidado, ou no autocuidado de um seu familiar (Orem, 2001).

A terceira teoria englobada na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, determinando como é que os enfermeiros, os clientes, ou ambos, dão resposta às necessidades decorrentes da dependência no autocuidado. A conceção dos cuidados de enfermagem é baseada nas necessidades de autocuidado da pessoa e no potencial, que esta apresenta, para o desempenho das atividades necessárias ao autocuidado. A avaliação das necessidades em cuidados baseia-se na diferença entre aquilo que o cliente pode realizar e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado. Os cuidados de enfermagem assumem, ainda, maior importância quando as famílias não têm a mestria adequada para lidar com mudanças súbitas, relacionadas com o agravamento do estado de saúde de um seu familiar.

Orem (2001) identifica três classificações de sistemas de enfermagem que definem a responsabilidade dos enfermeiros no seu exercício profissional: 1) Sistema Totalmente Compensatório – quando o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem-estar; 2) Sistema Parcialmente Compensatório – ocorre nas situações em que o enfermeiro, indivíduo ou outros, realizam tarefas de cuidados que envolvem a deambulação ou tarefas manipuladoras. O cuidado prestado pelos enfermeiros é aceite pelo indivíduo, no entanto, a função deste é compensar as suas limitações, e a sua ação profissional passa por realizar apenas algumas tarefas de autocuidado e; 3) Sistema de Apoio - Educação – quando o indivíduo possui capacidade para realizar o autocuidado, mas necessita de apoio ou assistência, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e aprendizagem das atividades de autocuidado (Idem, 2001).

O autocuidado emerge como uma área central para o planeamento e implementação das intervenções de enfermagem no contexto das ECCI, emergindo como um importante indicador de resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Orem, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2001).

Assim, a teoria de Orem insurge-se como uma importante referência teórica neste contexto e nesta investigação em particular. Os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, tendo por base os próprios critérios de referenciação de clientes para estes serviços, insurgem-se como nucleares no seio das equipas multiprofissionais que as compõem.

O enfoque nas expectativas é registado por vários autores como uma das condições determinantes na forma como as pessoas avaliam a satisfação com os serviços prestados. Atualmente, não se tem qualquer dúvida que as expectativas de um indivíduo influenciam diretamente os graus de satisfação e não se poderá dizer que as instituições não se preocupam com a satisfação dos seus clientes. O que se passa é que, muitas vezes, ou não têm planos eficientes, ou não sabem o que fazer para a atingir. Segundo Peck e colaboradores (2001), uma forma de alcançar a satisfação dos clientes é através do conhecimento pormenorizado e da concretização das suas expectativas.

Vários estudos têm explorado a ligação entre as expectativas e a satisfação e encontraram que as expectativas são uma variável psicossocial extremamente importante, tendo um efeito direto na satisfação (Barron, Moffett & Potter, 2007). As expectativas influenciam e parecem ter uma relação inversa com satisfação: se as expectativas são baixas, a satisfação é maior (Cleary, Horsfall & Hunt., 2003; Laschinger *et al.*, 2005); se as expectativas são elevadas, a perceção da satisfação é menor (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; McKinley *et al.*, 2002; Gonzalez-Valentin, Padin-Lopez & Ramon-Garrido, 2005). Quanto maior é a perceção que as expectativas foram cumpridas, maior é a satisfação (Baron-Epel, Dushenet & Friedman, 2001). Por seu turno, Mahon (1996) refere que as expectativas dos clientes não são, muitas vezes, bem formadas antes da utilização do serviço e que os clientes com as expectativas mais irrealistas são os menos satisfeitos. Ainda, também se sabe, que a satisfação é sempre relativa às expectativas dos clientes e altera quando as expectativas do cliente alteram, mesmo que o objeto de comparação (cuidados de saúde recebidos) permaneça constante (Barron, Moffett & Potter, 2007).

Por todos estes dados já investigados, importa ter em conta nos estudos sobre a satisfação dos clientes, em populações e contextos novos, a identificação das expectativas dos clientes com os cuidados de enfermagem – permitindo uma melhor compreensão da monitorização da satisfação com um determinado serviço. Johansson, Oléni e Fridlund (2002) reforçam que são necessários mais estudos qualitativos e exploratórios, para estudar as expectativas dos clientes.

Se a identificação das expectativas e o conhecimento da satisfação dos clientes são importantes para acrescentar valor aos cuidados de enfermagem: *Como conhecer as expectativas dos clientes com os cuidados de enfermagem? Como avaliar a satisfação dos clientes das ECCI? Quais são os aspetos envolvidos na avaliação da satisfação?* A estas interrogações, procurar-se-á responder nos capítulos seguintes.

### **1.1.3.2A avaliação e monitorização da satisfação – um meio para a gestão da qualidade em saúde**

Desde de 2008 que se encontram registos, nos relatórios da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, sobre a avaliação da monitorização da satisfação dos clientes das Unidades de Cuidados Continuados embora, quase na totalidade, centrados nas unidades de internamento. O grupo de trabalho que se debruçou sobre os indicadores de desempenho das UCC, em março de 2010, definiu um painel de indicadores orientadores da monitorização e contratualização local e nacional destas unidades funcionais. Paralelamente, foi constituído outro grupo de trabalho na área de Sistemas de Informação, sob a responsabilidade da ACSS, no sentido de parametrizar alguns indicadores específicos de enfermagem com recurso ao *SAPE*, e assim possam ser gerados automaticamente (MCSP, 2010).

O mesmo grupo de trabalho, reforça que alguns destes indicadores específicos da intervenção das UCC, podem e devem ser também monitorizados pelas USP, de forma a que esta última unidade possa exercer o seu papel de gestor epidemiológico, observatório de saúde e gestor de programas. Entre vários indicadores já previstos para a monitorização das ECCI, este grupo define o indicador *Percentagem de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta unidade* (MCSP, 2010). É um indicador que exprime o grau de satisfação dos clientes utilizadores das UCC em geral, mas que pode ser especificado por serviços disponibilizados – como por exemplo das ECCI. A mesma entidade reforça o facto de que, embora esta avaliação reúna itens de cariz mais técnico e de interação pessoal entre os profissionais e clientes, “(...) com uma componente emoção-ração incontornável, os indicadores de satisfação sobre os cuidados prestados revelam a diferença entre as expectativas dos clientes e o nível de serviços que recebem. Constituem uma ferramenta preciosa para a melhoria contínua dos serviços” (ACSS, 2014, p.49). Assim, embora se encontra plasmado, no discurso do regulador, o reconhecimento da importância da monitorização da satisfação dos clientes, este não definiu ainda, na totalidade, a sua estratégia de medição deste indicador em todas as unidades que compõem os ACES. Embora para as USF e para as UCSP já se tenham experimentado modelos de instrumentos capazes de uniformizar a medição da

satisfação dos clientes, o mesmo ainda não se verificou na definição de um instrumento capaz de medir a satisfação dos utilizadores – de forma transversal e uniforme – das UCC, onde se incluem as ECCI. Segundo a própria ACSS (2014) a operacionalização deste parâmetro permitiria a comparabilidade nacional e internacional, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados, através do contributo dos clientes.

Ainda, especificamente relativo ao indicador de qualidade – satisfação dos clientes com os cuidados prestados pelas ECCI –, é interessante verificar que apesar de entre o painel de indicadores para as UCC estar plasmado o indicador de satisfação dos clientes, nos relatórios da RNCCI consultados relativos a 2014 não existe nenhuma referência aos resultados obtidos neste indicador de qualidade. Tal facto induz-nos a crer que ou não foi avaliado transversalmente a nível nacional ou os critérios da sua avaliação não foram os mesmos – pelo que não se tornou possível anunciar dados fidedignos sobre a satisfação dos clientes com as ECCI. Também, nos documentos consultados da RNCCI ou da ACSS, não foi possível identificar a declaração de existência de um instrumento de monitorização da satisfação dos clientes nas ECCI em geral – nem com os cuidados de enfermagem, em concreto.

Com base nestes factos, porque consideramos a perspetiva do cliente como uma importante ferramenta de melhoria da qualidade e porque esta investigação surge inserida num Programa de Doutoramento em Enfermagem, revela-se pertinente avançar para um conhecimento mais profundo, na literatura, sobre a forma como a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no contexto domiciliário tem sido estudada. Assim, partimos para uma revisão da literatura, com os seguintes objetivos:

- 1) Identificar as dimensões que são utilizadas na avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no domicílio;
- 2) Identificar a existência de instrumentos de avaliação da satisfação dos clientes, com os cuidados de enfermagem prestados no domicílio.

A pesquisa foi efetuada com recurso ao agregador de conteúdos *EBSCO HOST®*, com a seleção das bases de dados: *Academic Search Complete*, *Business Source Complete*, *CINAHL Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *ERIC*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *MEDLINE with Full Text*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Regional Business News*, *SPORTDiscus with Full Text*.

Foi efetuada uma análise semântica dos *Thesaurus* na *CINAHL Headings* e na *MESH*, no sentido de identificar os termos relativos à área do conhecimento em estudo. Desta forma,

identificámos na *CINAHL Headings* os seguintes descritores aplicáveis em língua inglesa: “Home Health Nursing”; “Patient Satisfaction”, proveniente do termo geral “Attitude to Health”; e “Quality of Nursing Care”, proveniente do termo geral “Quality of Health Care”. Já na pesquisa efetuada aos descritores *MESH* identificámos os termos: “Home Care Services” e “Patient Satisfaction”. Este último é sobreponível em ambas as terminologias, sendo também utilizado como sinónimo de “Consumer Satisfaction”. No sentido de dar resposta ao segundo objetivo identificámos, ainda, os termos sinónimos: “Questionnaire”, “Scale”, “Instrument”, “Measure” e “Survey”.

Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa foram:

- Apenas artigos científicos;
- Data de publicação entre 2007 e 2011 (últimos cinco anos);
- Serem apresentados nas línguas: inglesa ou portuguesa ou espanhola;
- Com resumo e referências bibliográficas disponíveis;
- Estarem disponíveis em texto integral;
- Estar direcionado para os objetivos em análise.

Definida a metodologia da revisão, operacionalizámos a seguinte combinação de pesquisa, com recurso a expressões booleanas e com base na compreensão do significado dos respetivos descritores. Efetuou-se a pesquisa dos termos, procurando em título, resumo e termos controlados:

---

*("home health nursing" OR "home care services") AND ("consumer satisfaction" OR "patient satisfaction") AND ("quality of nursing care" OR "quality of health care") AND ("questionnaire" OR "scale" OR "instrument" OR "measure" OR "survey")*

---

O resultado desta combinação permitiu a identificação de 13 artigos científicos. Perante estes achados, no sentido de ampliarmos a pesquisa para artigos científicos que não apresentassem indicação, nos seus descritores, a instrumentos de avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados no domicílio, testámos outra combinação retirando os descritores “Questionnaire”, “Scale”, “Instrument”, “Measure” e “Survey”:

---

*("home health nursing" OR "home care services") AND ("consumer satisfaction" OR "patient satisfaction") AND ("quality of nursing care" OR "quality of health care")*

---

Efetivamente esta pesquisa resultou em 36 artigos científicos, sendo que um destes se encontrava repetido. Todos os 13 artigos obtidos na anterior combinação encontravam-se diluídos nos artigos agora obtidos, pelo que tomámos a opção de avançar para a sua análise.

Dos resumos dos artigos, detetámos que os artigos se referiam a uma panóplia vasta de tipologias de serviços de saúde e sociais prestados em contexto comunitário, que não apenas cuidados de enfermagem. Os artigos foram revistos, sendo conferidos os critérios de forma cumulativa, e, destes, sete cumpriram a totalidade dos critérios – conforme se apresenta na tabela 1.

Tabela 1. Resumo dos artigos selecionados na pesquisa

Autor, Ano e País de Origem	Tipo de estudo e Amostra	Instrumentos de colheita de dados	Objetivos
Sforzin S, Nava E, Pinamonti A, 2009  Itália	- Quantitativo - 122 clientes	- Questionário	- Quantificar o nível de satisfação das pessoas que utilizam os serviços de cuidados domiciliários do distrito italiano de Trento
Van Loo MA, Post MW, Bloemen JH, Van Asbeck FW, 2010  Holanda	- Quantitativo - 453 clientes com lesão medular	- Questionário por correio postal	- Determinar o atendimento recebido em caso de complicações em pessoas com lesão medular de longo prazo, a viver em casa, e determinar as suas (extra) necessidades de cuidados - Determinar se, na opinião dos clientes, essas complicações foram prevenidas
Nanda A, Bourbonniere M, Wetle T, Teno J, 2010  Estados Unidos	- Quantitativo - 1578 familiares enlutados ou informantes conhecedores de pessoas falecidas em 22 estados Americanos	- Formulário, por entrevista telefónica	- Examinar a associação da percepção dos familiares sobre a adequação dos serviços de saúde prestados em casa antes da morte do seu familiar doente
Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Van der Wal M, Luttik ML, Jaarsma T, 2010  Holanda	- Quantitativo - 442 clientes e 32 enfermeiros	- Questionário	- Descrever as perspetivas dos clientes e enfermeiros no atendimento prestado em dois programas de cuidados domiciliários em doentes com insuficiência cardíaca
Conner A, Allport S, Dixon J, Somerville AM, 2008  Reino Unido	- Qualitativo - 10 clientes	- Entrevistas não-estruturadas	- Explorar as opiniões dos clientes que receberam cuidados de uma Equipa Especializada em Cuidados Paliativos, em hospitais de agudos e em suas próprias casas, sobre os seus serviços incluindo, mas não apenas, os cuidados paliativos recebidos
Nadarević-Stefanec V, Malatestinić D, Mataija-Redzović A, Nadarević T, 2011  Croácia	- Qualitativo e Quantitativo - 72 clientes	- Entrevistas semi-estruturadas e questionários	- Investigar a satisfação de clientes idosos das ilhas Kvarnerian (Croácia) com os cuidados de enfermagem prestados em casa
Rosati RJ, Marren JM, Davin DM, Morgan CJ, 2009  Estados Unidos	- Quantitativo - 19,067 clientes da <i>Visiting Nurse Service of New York</i> e 3,000 funcionários (incluindo enfermeiros)	- 2 Questionário por correio postal e por correio eletrónico: The Morehead Staff Survey Instrument; Press Ganey Home Healthcare Survey	- Analisar a relação entre a satisfação dos profissionais e a satisfação dos clientes de uma grande empresa de serviços domiciliários sem fins lucrativos - Identificar a forma como pode essa relação ser rentabilizada para obter o máximo de ganhos em ambos: funcionários e clientes

Sobre os artigos eliminados desta pesquisa destaca-se o facto de grande parte deles se encontrarem fora do conteúdo em análise. Entre os motivos específicos que justificam a elimi-



nação dos artigos, por ordem de frequência: estavam direcionados para a satisfação com o uso de tecnologias de informação e comunicação no domicílio; serviços muito amplos, que não especificamente de enfermagem; centrados no estudo da satisfação de clientes com serviços de saúde diversos, prestados por prestadores de cuidados de saúde privados / seguradoras (essencialmente de origem Americana); centrados na satisfação com cuidados prestados em Lares, instituições de acolhimento de pessoas com doença prolongada ou Residências Sénior; Estudos de satisfação com o fornecimento de medicamentos no domicílio dos clientes; Estudos de satisfação com os serviços fornecidos por técnicos de apoio domiciliário ou similares; ou, não serem considerados artigos científicos, por serem artigos de opinião ou por não apresentarem a metodologia de estudo.

Dos sete artigos depurados nesta revisão, apenas dois não apresentavam especificidades de amostra a que se referia a avaliação da satisfação. Os outros seis artigos circunscreviam os estudos, à avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem em tipos de cuidados de enfermagem, prestados em contexto domiciliário, mas específicos – tais como: pessoas com lesão medular; pessoas em fim de vida; pessoas com insuficiência cardíaca; cuidados paliativos e, por último, satisfação com os cuidados prestados a idosos.

Nos artigos seleccionados encontramos um conjunto de dimensões da satisfação com os cuidados de enfermagem. Sforzin, Nava e Pinamonti (2009) utilizaram um questionário de 30 questões, onde exploram a satisfação com: os aspetos organizacionais, relacionais e profissionais; comunicação, a informação e instrução dos clientes; a disponibilidade de recursos e ajudas técnicas; e por último, a rede social formal e informal dos clientes. Também Van Loo, Post, Bloemen e Van Asbeck (2010) incluíram no seu estudo quantitativo vários domínios relativos à satisfação: frequência de visitas, nos últimos 12 meses; tipos de profissionais que prestaram cuidados; tipo de cuidados ou de tratamentos recebidos; limpeza da casa; adaptações ou dispositivos técnicos / médicos; informação recebida; disponibilidade; atendimento psicossocial; prevenção do agravamento da situação e qualidade geral do atendimento.

No estudo de Nanda, Bourbonniere, Wetle e Teno (2009) estes focalizam-se na qualidade dos cuidados prestados a casa em doentes em fim de vida. Outro estudo, o de Hoekstra, Lesman-Leegte, Van der Wal, Luttik e Jaarsma (2010), centra-se na intensidade do acompanhamento dos cuidados em casa em dois programas de acompanhamento de doentes com insuficiência cardíaca após enfarte. Em ambos os estudos, não se consegue identificar os itens ou dimensões da satisfação que são avaliadas – por a satisfação com os cuidados de

enfermagem ser apenas uma das variáveis em estudo e apresentar um enfoque secundário nos objetivos dos estudos.

Já no estudo qualitativo de Conner, Allport, Dixon e Somerville (2008), centrado nos cuidados paliativos recebidos em casa, são claramente definidos 10 temas que emergem da análise de conteúdo: 1) Comunicação; 2) Promover a independência; 3) Gestão dos sintomas; 4) Fazer um bom trabalho; 5) Os cuidadores; 6) Conhecimentos especializados; 7) Ser reconhecido / valorizado / cuidado de forma holística; 8) Continuidade dos cuidados e da comunicação; 9) Reconhecendo papéis; e, 10) Esperança.

Noutra investigação, levada a cabo por Nadarević-Stefanec, Malatestinić, Mataija-Redzović e Nadarević (2011), correlaciona-se com a satisfação global dos clientes: as causas de necessidade de cuidados de enfermagem domiciliários; a duração deste serviço (em meses); a frequência de visitas domiciliárias semanais e o número total de visitas efetuadas por cliente.

Por último, no estudo de Rosati, Marren, Davin e Morgan (2009) foi utilizado o *Press Ganey Home Healthcare Survey*, composto por 39 questões distribuídas por secções de avaliação da satisfação dos clientes: Organização dos cuidados de saúde em casa; Negociação/comunicação com os profissionais da organização, interação com os enfermeiros, auxiliares apoio domiciliário; terapeutas; e, avaliação final da experiência. As respostas a cada questão eram feitas usando uma escala de cinco pontos. Estes autores usam um segundo instrumento, o *The Morehead Staff Survey Instrument*, onde colhem dados sobre a satisfação profissional e encontram relações significativas, quer no global quer em determinadas variáveis, com a satisfação dos clientes.

Pela leitura integral destes sete artigos, não encontrámos as características necessárias para estudar o contexto e a população que pretendemos explorar neste estudo. Assim, para além desta revisão da literatura efetuada, com recurso às bases de dados anteriormente selecionadas, sentimos a necessidade de alargar esta pesquisa para: livros, estudos, teses, dissertações e outros artigos científicos – fora dos critérios definidos anteriormente. Este alargamento de pesquisa permitiu incluir documentos com data anterior a 2007 e com maior proximidade ao contexto desta investigação e à realidade portuguesa – que passamos a apresentar.

Mahon (1996) faz referência a uma taxonomia da satisfação do cliente, constituída por oito dimensões: Arte de cuidar/atitude interpessoal; qualidade técnica dos cuidados; acessibilidade/utilidade; questões económicas (como são pagos os serviços prestados); ambiente físico; disponibilidade dos cuidadores; continuidade e eficácia dos resultados.

Em 1993, Laferriere refere o uso do *Client Satisfaction Survey* (CSS) desenvolvido por Reeder e Chen para identificar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados em casa, numa amostra de 73 clientes. Este instrumento avalia, através de 35 itens, quatro dimensões da satisfação: 1) Qualidade técnica dos cuidados; 2) Comunicação; 3) Relação interpessoal entre o profissional e o cliente; e, 4) Oferta de serviços. No artigo que publicou o autor faz uma importante revisão dos instrumentos desenvolvidos até aquela data que passamos descrever. O autor (Laferriere, 1993) faz uma resenha em torno dos estudos e escalas da altura, referindo McNeese (1988, Cit. por Laferriere, 1993) que adaptou o *Quality of Nursing care Questionnaire*, desenvolvido anteriormente por Safford e Schlotfeldt, que passou de 45 itens, na versão original, para 19 itens adaptados ao contexto dos cuidados de enfermagem domiciliários. Estes itens avaliavam a satisfação com as dimensões: Cuidados físicos; Cuidados emocionais; Relação enfermeiro-médico; Ensino; Qualidade geral dos cuidados de enfermagem; e, Preparação para os cuidados em casa. No entanto, em ambas as versões, não são apresentados dados relativos aos testes de validação dos instrumentos (Laferriere, 1993). Outro instrumento mencionado é o *Schmele Instrument to Measure the Process of Nursing Practice in Community Nursing Service* (Schemele, 1985), que é alicerçado nos standards de enfermagem de saúde comunitária da *American Nurses Association*.

Outros autores, Samantha, Melanie, Peter, Alan e Peter (2001), fizeram a comparação entre duas amostras de pais com filhos doentes – entre os cinco e os 12 anos de idade. Em 20 casos foram prestados cuidados de enfermagem pediátrica no hospital e, noutros 20, os cuidados foram prestados em casa. Aqui foram identificados seis temas: satisfação do cliente e preferências; efeito sobre a família; custos financeiros; relacionamento com os profissionais de saúde; adaptação dos pais; e informações.

Já em 2002, nas conclusões de um estudo sobre a satisfação dos clientes, conforme se apresenta na figura 1, outros autores identificaram oito fatores que afetam a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem no hospital (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002). Pelo que estes autores defendem que, para a satisfação dos clientes e aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem conhecer e focalizar-se verdadeiramente sobre estes fatores. Embora estes fatores sejam definidos para o ambiente hospitalar, consideramos relevante um olhar atento sobre ele – pela sua clareza e proximidade geral com o contexto dos cuidados multiprofissionais prestados em ambiente domiciliário.

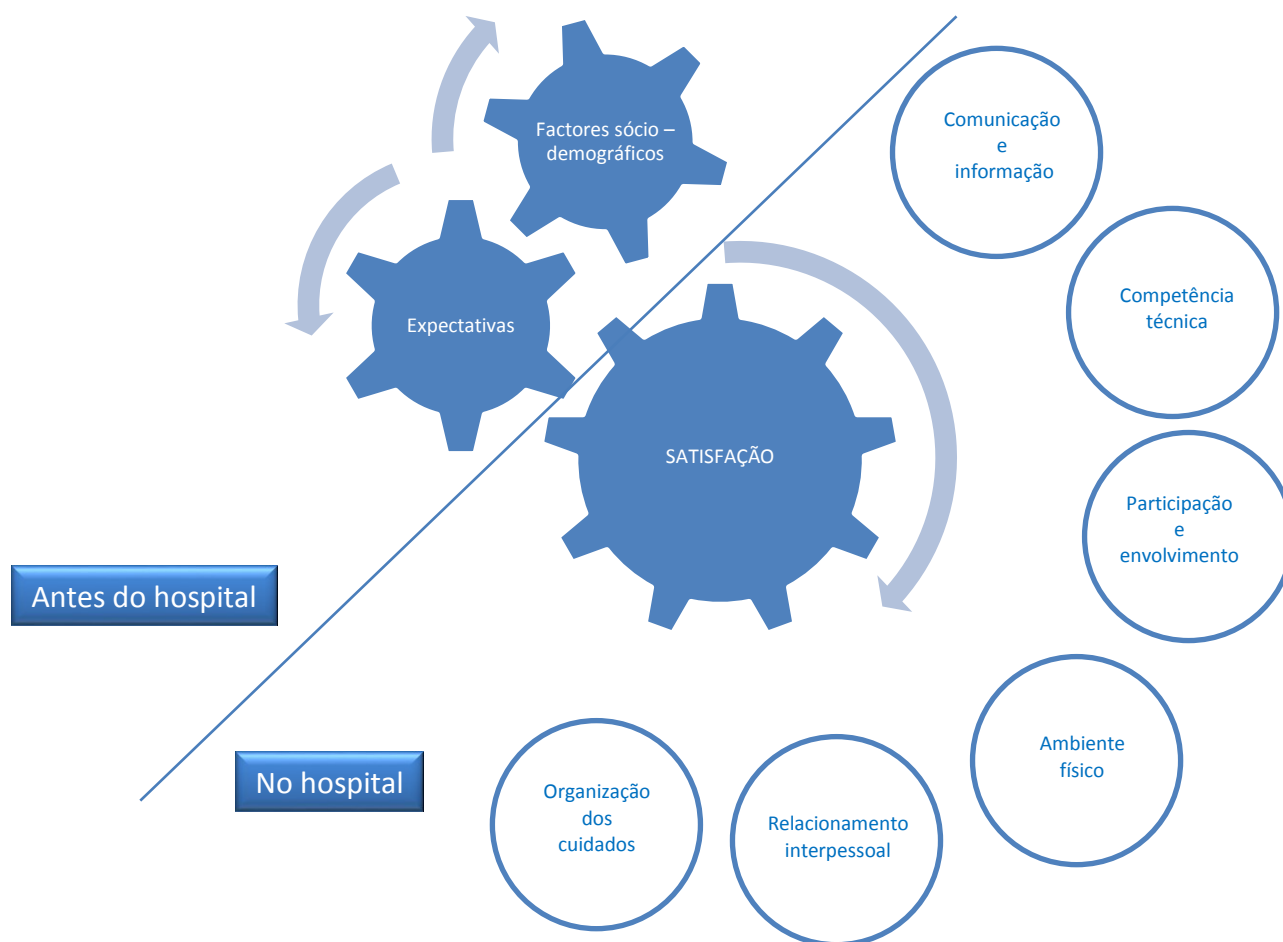


Figura 1. Fatores que influenciam a satisfação com os cuidados de enfermagem (adaptado de Johansson, Oléni & Fridlund, 2002)

Em Portugal foram vários os estudos desenvolvidos que se debruçaram sobre a qualidade e satisfação com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, como são exemplo os estudos de: Marques (2000); Fernandes (2007); Silva (2006); e, Ribeiro (2003). Destes, destacamos a última autora mencionada, por ter protagonizado um importante estudo sobre a satisfação dos clientes, tendo permitido a construção de um formulário adaptado ao contexto hospitalar – denominado de *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar* (SUCEH) – e, outro, ao contexto dos cuidados de saúde primários: *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto dos centros de saúde* – (SUCECS). Dado este formulário ter sido construído e validado para o contexto dos cuidados de enfermagem prestados nos centros de saúde, assume maior proximidade com o nosso objeto de estudo, sendo composto por 27 itens (na sua versão refinada) que avaliam seis dimensões da satisfação: 1) Qualidade na assistência; 2) Individualização da informação; 3) Envolvimento do cliente; 4) Informação dos recursos; 5) Formalização da informação; e, 6) Promoção de elo de ligação. Este formulário apresentou um valor de *Alpha* de 0,892, relativo à consistência interna na sua versão refinada (Ribeiro, 2003). Estes formulários têm sido amplamente utilizados em vários estudos, destacando-se o estudo de Gomes (2008), que

usou o SUCEH no seu estudo sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem de reabilitação, e o estudo de Alves (2007), que usou o SUCECS num estudo sobre a satisfação dos clientes com a assistência de enfermagem no Serviço de Atendimento Permanente.

Também na *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (NOC) podemos apreciar, entre 330, 14 resultados de enfermagem referentes à satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem – sendo que estes resultados albergam 235 indicadores (Moorhead, Johnson & Maas, 2008). A importância científica deste livro sustenta-se no facto de se basear nos mais relevantes estudos em enfermagem e os transformam em indicadores de resultados de enfermagem. Os indicadores relativos à satisfação com os cuidados de enfermagem, apresentados na NOC, foram analisados um a um – de forma a identificarmos aqueles que se adequavam à nossa pesquisa. Mais adiante, no capítulo da metodologia e dos resultados, será apresentado o método de análise destes indicadores.

Ao longo desta revisão demos nota de um conjunto de estudos na área da satisfação dos clientes, e da sua avaliação, com vários indicadores e dimensões que vão assumindo alguma repetição e unanimidade – enquanto domínios relevantes para a avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem – embora nem sempre específicos para a área dos cuidados domiciliários ou cuidados continuados. Em verdade, detetou-se que estas referências se circunscreviam, muitas vezes, à realidade hospitalar e aos cuidados de saúde primários e muito poucas, especificamente, para os cuidados prestados no domicílio dos clientes.

Apesar de não termos atingido, pelo menos na totalidade, os objetivos que nos tínhamos proposto para esta revisão, cremos que o contributo dos artigos, trabalhos científicos e instrumentos que analisámos serviu como uma boa base para apoiar o nosso estudo – na consecução dos objetivos e na procura de respostas às questões de investigação. Assim, com estes resultados, assumiu maior significado e relevância a definição de um desenho de investigação que permitisse o conhecimento dos indicadores da satisfação – a partir do conhecimento das expectativas dos clientes e das dimensões que incorporam a avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

## **1.2 Contexto e justificação da investigação**

Em Portugal, as transformações nas políticas de saúde, nomeadamente no que se refere aos cuidados de saúde primários, têm sido uma constante nos últimos tempos. Os programas dos XVII e XVIII Governo Constitucional reconheceram os cuidados de saúde primários como o

pilar central do sistema de saúde. O *Decreto-Lei n.º 28/2008* torna visível o investimento prioritário nesta área, dizendo que a estrutura de alicerce de todo o sistema de saúde está na comunidade, considerando os centros de saúde a porta de entrada para o Serviço Nacional de Saúde. Neste enquadramento surgem as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) como pivôs de articulação entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e, ainda, integram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). É a este nível que se verifica a articulação entre os ACES e a RNCCI. O Ministério da Saúde tem como meta a criação de, pelo menos, uma UCC por cada ACES (MCSP, 2009).

A área dos cuidados continuados domiciliários surge como uma importante área de intervenção de enfermagem. É este um contexto previligiado para os enfermeiros privilegiarem a forma como é vivenciada a transição da pessoa associada à dependência no autocuidado e à transição para o exercício do papel de prestador de cuidados (Orem, 2001; Meleis, 2007).

Anteriormente abordou-se um conjunto de estudos que dão conta das características sócio-demográficas da população portuguesa (Tavares, 2011; Costa, 2013; Petronilho, 2013; Parente, 2013; Regadas, 2015, Cit. por OPSS, 2015; Rocha, 2015), bem como da análise da oferta de serviços de cuidados continuados que se revelam, cada vez mais, necessários (OPSS, 2015). Claramente, a direcionalidade atual dos cuidados de enfermagem nesta área deve estar voltada para uma intervenção de enfermagem que possibilite, aos seus clientes, melhores formas de lidarem com as transições com que se deparam ao longo do ciclo de vida (OE, 2003a; Meleis, 2010) – nomeadamente associadas às mudanças verificadas na autonomia para o autocuidado, bem como no desenvolvimento de competências do MFPC para tomar conta dos seus familiares dependentes (Orem, 2001; Meleis, 2007). Esta aproximação à área científica de enfermagem é mais uma prova da relevância de investigações, como esta, na área dos cuidados continuados. No momento em que se circunscreveu o objeto de estudo desta investigação, teve-se em conta o seu significado e impacto para o exercício profissional dos enfermeiros – nomeadamente para as melhorias das práticas de gestão no contexto das ECCI.

Pretende-se que o cidadão seja o centro do SNS. Como tal, revela-se importante conhecer a opinião da população sobre a forma como os serviços públicos de saúde estão a responder às suas necessidades em saúde. O interesse pela satisfação dos clientes tem impacto na forma como se desenvolve a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, estando certos que, daí, surgirão ganhos em saúde para as populações. A investigação em torno da satisfação

dos clientes pode constituir-se um instrumento concreto e acessível aos gestores das organizações de saúde, e ao próprio sistema político (Turrís, 2005). Desta forma, não existindo nenhum instrumento de avaliação da satisfação dos clientes específico para as ECCI, revela-se fundamental a sua construção e validação, no sentido de estimular e coadjuvar a avaliação do impacto destas unidades nos cidadãos.

Tomando como ponto de partida estes pressupostos, optou-se pelo desenvolvimento do estudo na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM), no contexto das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Esta opção deve-se ao facto desta Instituição reunir quatro ECCI e estarem a decorrer outros dois estudos, no mesmo contexto, população e período temporal. Um no âmbito dos custos dos cuidados prestados em contexto domiciliário e, outro, no âmbito da definição de um modelo de cuidados de enfermagem nas ECCI. Considerou-se que a fusão de mais uma perspetiva, centrada na satisfação do cliente, seria uma mais-valia para o conhecimento em enfermagem, na realidade das ECCI e no contexto dos cuidados continuados em geral, e para a implementação de melhorias na prestação de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário.

A ULSM foi criada em 1999, constituindo uma experiência de gestão inovadora que reuniu, pela primeira vez, os cuidados hospitalares e os cuidados primários. Foi assim, uma aposta na ligação do Hospital Distrital de Matosinhos aos quatro centros de saúde do concelho, traçando um percurso inédito na procura de uma melhor qualidade assistencial. Em 2005, pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro é transformada em entidade pública empresarial (ULSM, 2014). Integrada no Serviço Nacional de Saúde, é atualmente (ULSM, 2015) constituída pelo Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos e pelo Hospital Pedro Hispano. Serve a população do concelho de Matosinhos que totaliza 175.478 habitantes (INE, 2012), sendo ainda referência direta para os habitantes dos concelhos de Vila do Conde e Póvoa do Varzim. Desta forma totaliza uma população global de aproximadamente 318 mil clientes, sendo que, destes, cerca de 175 mil estão inscritos no ACES de Matosinhos (ULSM, 2014).

A sede administrativa da ULSM está localizada no Hospital Pedro Hispano, onde se encontram os serviços transversais ao funcionamento da instituição. A rede de Cuidados de Saúde Primários da ULSM centra-se no ACES de Matosinhos, que agrupa quatro Centros de Saúde: de Matosinhos, de Leça da Palmeira, Senhora da Hora e de São Mamede de Infesta. Integra ainda a USP de Matosinhos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes. Por sua vez, os Centros de Saúde acolhem as seguintes

unidades funcionais: 10 USF, quatro UCSP e quatro UCC. Cada uma destas UCC, entre outros projetos, integra uma ECCI. Cada ECCI tem 20 vagas para clientes referenciados para a RNCCI, pela EGA do Hospital ou pelas Unidades Funcionais do ACES de Matosinhos, cabendo à ECL determinar a admissão do cliente na RNCCI. Estas ECCI funcionam das 8 às 20 horas, nos dias úteis, e das 9 às 17 horas, ao fim de semana e feriados. No caso específico das ECCI das UCC de Matosinhos, em situações programadas e que a equipa considere necessária intervenção no horário noturno, a ECCI pode funcionar também das 20 às 8 horas (ULSM, 2015).

O relatório e contas de 2014 da ULSM faz menção aos resultados da avaliação da satisfação dos clientes do ACES de Matosinhos, assumindo, o gabinete da qualidade da ULSM, que estes resultados têm como objetivo a obtenção de informação que permita identificar áreas prioritárias para a intervenção. Os dados avançados referem que a proporção de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos, no ACES de Matosinhos, é de 92,2% (ULSM, 2015). Ora este valor global, elevado, não permite a caracterização da satisfação dos clientes, *per si*, das unidades funcionais, ou dos grupos profissionais ou das áreas específicas dos cuidados / serviços que são prestados. Embora já tenha valor, este tipo de avaliação geral, denota-se a necessidade da utilização de instrumentos adequados, fiáveis e mais úteis para a monitorização deste indicador de qualidade na própria ULSM.

Atualmente, não se tem dúvidas que as expectativas de um indivíduo influenciam diretamente os graus de satisfação com um determinado serviço. Sabemos que o conhecimento das expectativas e da satisfação dos clientes, não são a única condição de avaliação dos cuidados prestados – mas são, certamente, mais um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados (OE, 2005). Segundo McIntyre e Silva (1999), a investigação mostra que o conhecimento sobre a satisfação dos clientes, acerca dos serviços prestados, é essencial para a implementação de mudanças nas organizações – de forma a dar-se resposta efetiva às expectativas e necessidades em saúde dos clientes.

Pelo atrás exposto, consideramos ser oportuno conhecer o valor que os cidadãos atribuem a esta “nova oferta” de serviços de saúde – nomeadamente saber o que verdadeiramente influencia a sua satisfação. Passados cerca de dez anos, desde o início da atividade das primeiras ECCI em Portugal, ainda não se explorou, adequadamente, o impacto destes cuidados nos clientes – pois tudo é novo e se encontra em implementação. Assim, julgamos que, por si só, este facto demonstra a relevância da avaliação do impacto das ECCI, segundo a perspetiva



dos cidadãos clientes do serviço, que permita trazer conhecimento novo, sobre uma realidade nova.

Justificamos a pertinência de um estudo desta natureza, baseados nos seguintes pressupostos:

- a) A existência de uma nova realidade de organização dos cuidados, centrada nos cuidados continuados em contexto domiciliário;
- b) A centralidade das necessidades em cuidados de saúde dos clientes referenciados para as ECCI remete, fundamentalmente, para cuidados de enfermagem;
- c) A larga maioria de profissionais nas ECCI são enfermeiros;
- d) Cinco anos decorridos, à data do registo definitivo do projeto de investigação em julho de 2011, sobre a implementação da RNCCI e, em particular, das ECCI, justifica-se avaliar o seu impacto na satisfação dos clientes. As ECCI piloto surgem em Lisboa em 2006 e em Matosinhos foram inauguradas duas em 2008 e outras duas em 2009;
- e) Gerir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, de forma contínua, exige metodologia e métricas fiáveis e adequadas à natureza singular de cada tipologia de serviço;
- f) A satisfação dos clientes é uma “variável” central da estratégia de gestão da qualidade;
- g) Não estão disponíveis metodologias e métricas confiáveis de apoio à monitorização da satisfação dos clientes das ECCI – conforme preconizado pela RNCCI.

Desta forma, justifica-se:

- 1) Estudar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI;
- 2) Desenvolver um instrumento fiável para a monitorização da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

Por isto, entendemos que um estudo que assente num melhor conhecimento do impacto das ECCI na comunidade em que se insere, através do estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, justifica-se e é importante e trará contributos para a redefinição de estratégias e políticas tendo em vista a aproximação, com qualidade, às necessidades reais da população.

Em suma, assumimos como objeto de estudo a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, no contexto da implementação das UCC. Nestas unidades a maioria dos profissionais são enfermeiros (com várias especialidades), pelo que cremos que os resultados desta investigação estarão diretamente relacionados, também, com a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados nestas ECCI.

### 1.3 Finalidade

Do que temos escrito neste documento, enalteçemos a importância do conhecimento da satisfação dos clientes para se prestar um melhor serviço – nomeadamente no contexto domiciliário. O estudo da satisfação dos clientes revela-se a ideia capital no estudo que será desenvolvido. A investigação, inserida no doutoramento em enfermagem e na área de especialização de *Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem*, faz juz a que a nossa focalização seja centrada na satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em particular nas ECCI.

Acreditamos que uma investigação que tome por objeto de estudo a satisfação dos clientes e a forma como esta pode ser monitorizada poderá constituir-se como um contributo para consolidar o mandato social dos enfermeiros, quer ao nível dos cuidados gerais quer ao nível da gestão. Assim, esperamos dar contributos para a reflexão sobre as práticas e o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados pelas ECCI – construindo conhecimento e ferramentas capazes de melhorar a atuação dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores, no que se refere a um exercício profissional que se preocupa em satisfazer as necessidades percecionadas pelos clientes e suas famílias.

Neste enquadramento, pretendemos responder à grande questão de investigação: Qual a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI? – para a qual não temos resposta e consideramos ser necessário responder. Assim, adotamos como objeto de estudo a satisfação dos clientes com os cuidados prestados pelas ECCI, e definimos como finalidade – ***Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelas ECCI, através da construção de um instrumento que permita a caracterização da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem.***

A partir da finalidade do estudo e do reconhecimento destes contributos específicos, passamos à definição dos objetivos de investigação que nortearam a investigação.

### 1.3.1 Objetivos da investigação

Esta investigação assenta em dois estudos, pelo que se configuram dois grandes objetivos:

**Objetivo 1: Construir e validar um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

**Objetivo 2: Caracterizar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

Esta investigação está ancorada num conjunto de construtos teóricos que suportam a consecução do desenho do estudo. Foram vários os investigadores e os teóricos em que fomos angariar contributos para este percurso. No entanto, pela sua relevância científica, devemos destacar alguns. No que se refere à natureza dos cuidados de enfermagem prestados, no contexto das ECCI, a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) sustenta o nosso discurso e a forma de olhar os cuidados que são aqui prestados. A forma de perspetivar a qualidade e o contributo da satisfação dos clientes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tem a sua sustentação em Donabedian (2003). Por fim, tratando-se de um estudo, essencialmente, de cariz metodológico, Hill e Hill (2002) foi o autor que sustentou as principais opções relacionadas com o método de construção e validação do instrumento de avaliação da satisfação.

Acreditamos que esta pesquisa possa dar um contributo para uma melhor descrição e explicação dos fenómenos em estudo e que, *à posteriori*, permita o desenvolvimento de estratégias de gestão baseadas na opinião dos clientes sobre os cuidados que lhe são prestados.

## 1.4 Referências

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2014) Modelo de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2015. Lisboa.

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2015a). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) 2014 - Relatório. ACSS. Lisboa

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2015b) Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização com as Unidades de Cuidados na Comunidade Para o Ano de 2015. Lisboa.

Administração Regional de Saúde do Norte – ARS Norte. (2010). *Carta de Compromisso*. Recuperado em 25 de março de 2010, através de [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.arsnorte.min-sau-de.pt%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FARSNorte%2FContratualizacao%2FCuidados%2520Continuados%2520Integ.%2FDocumenta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2FFicheiros%2FCar-ta\\_Compromisso\\_ECCL.pdf&ei=C58SVcClO4u4UcCDgJgP&usg=AFQjCNG5HauE8l3PGz3hNlrlndV-EuWs6g&bvm=bv.89184060,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.arsnorte.min-sau-de.pt%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FARSNorte%2FContratualizacao%2FCuidados%2520Continuados%2520Integ.%2FDocumenta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2FFicheiros%2FCar-ta_Compromisso_ECCL.pdf&ei=C58SVcClO4u4UcCDgJgP&usg=AFQjCNG5HauE8l3PGz3hNlrlndV-EuWs6g&bvm=bv.89184060,d.d24)

Alves, M. J. P. (2007). *O serviço de atendimento permanente: satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Athanasios, G. P., Petros, A. K., Ioannis, A. M., & Niakas, D. (2009). Patients' perceptions as an indicator of quality of care, in Greek patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 93–99

Baron-Epel, O., Dushenet, M., & Friedman, N. (2001). Evaluation of the consumer model: relationship between patients expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(4), 317-323.

Barron, C. P., Moffett, J. A., & Potter, M. (2007). Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(1), 37-46.

Barros, P. P., & Simões, J. A. (2007). Portugal: Health system review. *European Observatory on Health System and Policies*, 9(5), 1-140.

Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. E. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing Practice*, 42(3), 269–277.

Conner, A., Allport, S., Dixon, J., & Somerville, A. M. (2008). Patient perspective: what do palliative care patients think about their care? *International Journal Of Palliative Nursing*, 14(11), 546-52.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/13420>

Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República*, 1.ª Série, 109(06-06-2006), 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República*, 1.ª Série, 38(22-02-2008), 1182-1189.

Despacho Conjunto n.º 19040/2006. *Diário da República*, 2.ª Série, 181(19-09-2006), 19247-19248.

Despacho Conjunto n.º 407/1998. *Diário da República*, 2.ª Série, 138(18-06-1998), 8328-8332.

Despacho n.º 10143/2009. *Diário da República*, 2.ª Série, 74(16-04-2009), 15438-15441.

Despacho n.º 14223/2009. *Diário da República*, 2.ª Série, 120(24-6-2009), 24667-24669.

Direção-Geral da Saúde – DGS. (2013). *Versão Resumo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016*. Recuperado em 23 de dezembro de 2013, através de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.

Edwards, C., & Staniszewska, S. (2000). Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community*, 8(6), 417-424.

Fernandes, M. A. (2007). *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes – contributo para a gestão da qualidade na saúde* (Tese de Doutoramento). Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058\\_td\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf)

Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Gomes, B. P., & Mendes, M. A. (2008). A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Servir*, 56(1), 7-14.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Van Der Wal, M., Luttik, M. L., & Jaarsma, T. (2010). Nurse-led interventions in heart failure care: patient and nurse perspectives. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 9(4), 226-32.

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2012). Dados Estatísticos. Título? Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2015a). *Projeções de população residente 2012-2060*. Recuperado em 11 de setembro de 2015, através de <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2015b). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Recuperado em 6 de setembro de 2015, através de <https://www.ine.pt>

International Council of Nurses – ICN. (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão Beta 2*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

International Council of Nurses – ICN. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses – ICN. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
- Laferriere, R. (1993). Client satisfaction with home health care nursing. *Journal of Community Health Nursing*, 10(2), 67-76.
- Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador Informal* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept “patient satisfaction” as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1241-1248.
- Marques, M. I. (2000). Percepção “significativa” dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 5-16.
- Martins, F., Veiga, N., Alves, P., Lima, T., & Oliveira, V. (2003). Inteligência emocional – um desafio para a enfermagem. *Nursing*, 176, 28-30.
- McIntyre, T., & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório final sumário*. Braga: ARS-Norte e Universidade do Minho.
- McKinley, R. K., Stevenson, K., Adams, S., & Manku-Scott, T. K. (2002). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*, 19(4), 333-338.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A. (2006). A excelência nos cuidados com princípio para a satisfação dos utentes no ciclo de vida. *Nursing*, 206 p.40-41.
- Merkouris, A., Yfantopolos, J., Lanara, V., & Lemonido, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7, 19–28.
- Miguel, C. P., & Pereira, M. A. (2007). Satisfação dos utentes do centro de saúde de Moga-douro, face aos cuidados de enfermagem. *Sinais Vitais*, 71, 61-66.
- Ministério da Saúde – MS, Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. (1997). *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1997: região norte*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde – MS. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Retirado em 2 de julho de 2014 através de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.min-saude.pt%2FNR%2Frdonlyres%2F0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D%2F0%2FProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf&ei=NqkiVeGLHcT0UtesgZgF&usg=AFQjCNE0zmvG9IYB2d9XIjyHC9G-CdYeSw>

Missão para os Cuidados de Saúde Primários – MCSP. *Documento de suporte à implementação da UCC*. (2009). Recuperado em 25 de Janeiro de 2010 através de [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc\\_suporte\\_de\\_ucc.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc_suporte_de_ucc.pdf)

Missão para os Cuidados de Saúde Primários – MCSP. *Indicadores de desempenho da unidade cuidados na comunidade*. (2010). Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores\\_daucc\\_vf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores_daucc_vf.pdf)

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Nadarević-Stefanec, V., Malatestinić, D., Mataija-Redzović, A., & Nadarević, T. (2011). Patient satisfaction and quality in home health care of elderly islanders. *Collegium Antropologicum*, 35(Suppl 2), 213-6.

Nanda, A., Bourbonniere, M., Wetle, T., & Teno, J. (2010). Home care in the last year of life: family member perceptions of unmet need associated with last place of care. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 11(1), 21-5.

Nga Han Chan, J., & Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 498-507.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2003a). *Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato 1999/2003)*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2003b). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 52.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed). St. Louis: Mosby.

Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., & Dunagan, C. W. (2009). Patient Satisfaction: Focusing on “Excellent”. *Journal of Healthcare Management*. 54, 93-103.

Özsoy, S. A., Özgür, G., & Durmaz Akyol, A. (2007). Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54, 249-255.

Parente, P. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho do Porto* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.

Peck, M. B. [et al.] (2001). Measuring Patient Expectations: Does the Instrument Affect Satisfaction or Expectations?. *Medical Care*, 39(1), 100–108.

Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/10572>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2014*.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. (2015). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) 2014*.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Diretiva Técnica nº 1, de 7 de janeiro de 2008 – Critérios Gerais de Referenciação de Doentes para as Unidades de Internamento, de Ambulatório e Equipas da RNCCI*. Recuperado através de [http://www.acss.minsau-  
pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/Documenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/1154/language/pt-PT/Default.aspx](http://www.acss.minsau.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/Documenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/1154/language/pt-PT/Default.aspx)

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Glossário*. Recuperado através de [http://www.umcci.minsau.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario\\_RNCCI.pdf](http://www.umcci.minsau.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario_RNCCI.pdf)

Regulamento n.º 101/2015. *Diário da República*, 2.ª Série, 48(10-03-2015), 5948-5951.

Regulamento n.º 533/2014. *Diário da República*, 2.ª Série, 233(02-12-2014), 30247-30254.

Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem - Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João

Rocha, M. (2015). *Dependência no Autocuidado em Contexto Familiar - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho da Maia* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.



- Rosati, R. J., Marren, J. M., Davin, D. M., & Morgan, C. J. (2009). The linkage between employee and patient satisfaction in home healthcare. *Journal For Healthcare Quality*, 31(2), 44-53.
- Sartain, S. A., Maxwell, M. J., Todd, P. J., Haycox, A. R., & Bundred, P. E. (2001). Users' views on hospital and home care for acute illness in childhood. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 108–117
- Schulmeister, L., Quiett, K., & Mayer, K. (2005). Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patients undergoing outpatient autologous stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 57-67.
- Secretaria de Estado do Ministério da Saúde – SEMS. (2014). Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental - Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referência. Lisboa: Secretaria de estado do Ministério da Saúde.
- Sforzin, S., Nava, E., & Pinamonti, A. (2009). Evaluation of patients' satisfaction of home care services. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunità*, 21(2), 135-45.
- Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Silva, J. F. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do idoso hospitalizado*. Loures: Lusociência.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., & Kim, H. S. (2007). The patient satisfaction scale – an empirical investigation into the finnish adaptation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 31–38.
- Tavares, M. (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade Do Porto, Porto.
- Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 293-298.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. – ULSM. (2014). *Relatório e contas – 2013*. Recuperado em 11 de agosto de 2015, através de <http://www.ulsm.min-saude.pt/ebook.aspx?menuid=12>
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. – ULSM. (2015). *Relatório e Contas – 2014*. Recuperado em 11 de agosto de 2015, através de <http://www.ulsm.min-saude.pt/ebook.aspx?menuid=12>
- Van Loo, M. A., Post, M. W., Bloemen, J. H., & Van Asbeck, F. W. (2010). Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. *Spinal Cord*, 48(5), 423-8.
- Woods, S. E., Bivins, R., Oteng, K., & Engel, A. (2005). The Influence of ethnicity on patient satisfaction. *Ethnicity and Health*, 10(3), 235-242.



## **2. Enquadramento metodológico**

Após o enquadramento teórico que serviu de referência à investigação e esclarecida a problemática em estudo, revelou-se determinante definir o quadro conceptual que apoiou a estratégia metodológica. A coerência e a interação permanente entre os modelos teóricos de referência e as estratégias metodológicas constituem dimensões fulcrais do processo investigativo. Assim, neste capítulo iremos apresentar o paradigma, em que o investigador se coloca ao longo do decurso da investigação, clarificando os aspetos ontológicos, epistemológicos e metodológicos que a orientaram – com ênfase no desenho da investigação que se realizou. Descrevem-se, ainda, os procedimentos técnicos que permitiram construir um discurso capaz de responder aos objetivos da investigação aqui reportada.

### **2.1 Paradigma da investigação**

Uma investigação segue um determinado desenho ou caminho de acordo com o paradigma adoptado, pelo que é necessário clarificá-lo (Basto, 1998). Pode considerar-se que o conceito de paradigma está associado ao filósofo e historiador das ciências Thomas Kuhn (1970). Este autor referia que um paradigma é definido como o conjunto de aspetos de uma dada disciplina que são partilhados pela respetiva comunidade, e que orientam o modo como os cientistas “devem fazer” / fazem investigação (Kuhn, 1970). Corresponde a um conjunto de asserções, conceitos ou proposições que orientam tanto o pensamento do investigador, como a própria investigação. Representa uma perspetiva do mundo que define a sua natureza, o lugar do indivíduo e o conjunto de possíveis relações entre o indivíduo e o mundo (Bogdan & Biklen, 2010). De forma simples, pode dizer-se que o paradigma de uma investigação remete para a forma como o investigador vê o mundo ou realidade estudada, aquilo que entende ser possível conhecer, assim como os meios necessários à produção do conhecimento.

Um paradigma, também pode ser visto como um “esquema interpretativo”, encarado como um conjunto de crenças ou pressupostos básicos que orientam a ação de pesquisa, baseadas em conceções de partida sobre a natureza das coisas (Guba, 1990). As nossas crenças e convicções enformam, por força de razão, o nosso pensamento e determinam a visão do mundo

que cada um tem, sobre o mundo que o rodeia e qual o lugar que ocupa nesse mundo (Bogdan & Biklen, 2010; Guba & Lincoln, 1994). O paradigma em que o investigador acaba por ancorar a sua investigação cria desafios específicos, nomeadamente naquilo que se refere às questões que formula e às interpretações que faz dos problemas a investigar.

Face à heterogeneidade de concepções, tivemos de fazer opções sobre a forma como nos situávamos face à realidade / fenómeno a ser estudado, de maneira a avançarmos para a investigação com a solidez que é necessária. Assim, enquadrámos esta investigação numa perspetiva interpretativa da realidade. Dentro do paradigma interpretativo, podemos identificar quatro tipos de paradigmas: o positivista/pós-positivista, o construtivista-interpretativo, o crítico e o feminista pós-estrutural (Denzin & Lincoln, 1994).

Os paradigmas positivista e pós-positivista atuam no seio de ontologias realistas e crítico-realistas, de epistemologias e de metodologias do tipo experimentais e quase-experimentais (Denzin & Lincoln, 1994). Para Guba e Lincoln (1994), o positivismo assume a realidade como sendo conduzida por leis e mecanismos constantes e gerais. O investigador e o objeto de investigação são entidades independentes, cabendo ao primeiro estudar o segundo sem o influenciar ou ser influenciado pelo próprio objeto de investigação. Neste paradigma, considerando as teorias como uma forma de tornar clara uma realidade pré-existente, as hipóteses de investigação são formuladas para serem verificadas recorrendo-se, preferencialmente, a abordagens do tipo quantitativo. O pós-positivismo emerge dos esforços desenvolvidos nas últimas décadas para responder às principais críticas do positivismo (Guba & Lincoln, 1994). Aqui, a realidade é percebida como única e estática e os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis (Basto, 1998).

Por outro lado, o paradigma construtivista assume uma ontologia relativista, prevendo a existência de múltiplas realidades resultantes da construção humana, acessíveis através da investigação. Ou seja, a realidade não é única. Está sujeita a representações diferentes de indivíduo para indivíduo, permitindo várias interpretações (Denzin & Lincoln, 1994; Guba & Lincoln, 1994). O investigador e o objecto de investigação estão interativamente ligados, sendo os resultados “literalmente criados” (Guba & Lincoln, 1994, p.111). É através de um processo de partilha de significados, entre o investigador e o sujeito, e da interpretação das intersubjetividades da realidade que se geram interpretações, compreensões e conhecimento (Denzin & Lincoln, 1994; Guba & Lincoln, 1994). Aqui, os conceitos como a *credibilidade*, *transferibilidade*, *dependência* e *confirmabilidade* substituem os critérios positivistas de *validade interna* e *externa*, *fiabilidade* e *objetividade* (Denzin & Lincoln, 1994).

No que se refere aos modelos de investigação baseados em formas de teoria crítica, tais como os feministas, étnicos, marxistas e culturais, baseiam-se numa ontologia materialista-realista. Ou seja, a realidade diferencia-se em termos de raça, classe e género, e recorrem a epistemologias subjetivas e naturalistas, como é o exemplo da etnografia (Denzin & Lincoln, 1994).

As teorias pós-estruturalistas feministas dão relevo aos problemas dos textos sociais, a sua lógica e a sua incapacidade de representar o mundo das experiências vividas na sua totalidade. A investigação ligada a este tipo de visão utiliza, por exemplo: leituras textuais fechadas, análises de discurso dos textos culturais, etnografias locais, entrevistas abertas e observação participante. Os estudos, enquadrados neste paradigma, centram-se nos processos de produção de classe, género e raça, em situações históricas específicas (Aires, 2011).

Refletir sobre paradigmas implica discutir os aspetos ontológicos, epistemológicos e metodológicos de uma investigação. Embora sejam campos distintos, estes aspetos encontram-se interrelacionados. Ou seja, a forma como nos posicionamos face a um grupo de questões de uma determinada área de análise, determina e influencia a resposta a dar às questões de outra área (Guba & Lincoln, 1994).

As questões ontológicas dizem respeito à natureza da realidade a ser estudada e como consideramos possível conhecer essa realidade. Conforme o paradigma em que se enquadra, podemos distinguir duas grandes formas de olhar a realidade e que influenciam a investigação (Guba & Lincoln, 1994). A corrente do realismo preconiza que a realidade pode ser vista como objetiva e existe independentemente do Homem – sendo o objetivo da investigação procurar conhecê-la, embora reconhecendo que só o consegue de uma forma limitada. De forma oposta, a corrente do relativismo reconhece a existência de múltiplas realidades – resultantes da construção humana e que é possível investigar (Santos, 2002). Quando se problematiza em torno do que é subjetivo e o que é objetivo, é inevitável reconhecer que, estes conceitos são influenciados pela forma como é perspectivada a realidade (Santos, 2002). Na perspetiva ontológica em que a realidade é exterior ao Homem (corrente do realismo), munida de grande objetividade, a investigação produzida permite a obtenção de resultados “verdadeiros”. Já numa perspetiva relativista os resultados são subjetivos, devido a facto de a realidade ser também considerada uma “construção humana”, válida num determinado contexto.

No que se refere às questões epistemológicas, estas discutem a relação entre o que se sabe, ou se pode vir a saber, e o que é possível saber-se – especialmente, tendo em conta as rela-

ções que se estabelecem entre o investigador e o investigado, o que influenciará o modo de construção do conhecimento. As questões metodológicas vão para além da apresentação e discussão dos métodos. Estas devem incidir sobre a forma de proceder do investigador e como este realiza a aproximação à realidade – de forma a encontrar o conhecimento que este acredita ser possível obter (Guba & Lincoln, 1994). Deste modo, os processos metodológicos utilizados devem ser selecionados no sentido de dar resposta aos objetivos da investigação, sendo necessário apresentar o conjunto de métodos e técnicas que guiam o processo de investigação. A escolha da abordagem metodológica para orientar o estudo é fundamental, porque o mesmo fenómeno pode apresentar várias realidades, dependendo da perspectiva com que é estudado.

Na presente investigação desenvolvemos um percurso iluminado por um paradigma de perfil construtivista, uma vez que assumimos que a realidade, naquilo que se reporta à satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI da ULSM, é resultante de particularidades locais e de construções contextuais. Por outro lado, face à necessidade e pertinência de construir um instrumento capaz de “medir” aquele fenómeno, interessou-nos ancorar a solução a ser criada na perspetiva, significado e interpretação dos intervenientes na realidade – clientes e profissionais. Daqui resultou claro que a solução criada seria *contexto-dependente*, podendo, mais tarde, ter potencial de transferência para outros ambientes, através de um processo radicado na leitura e interpretação feita pelos atores desses novos contextos.

Ontologicamente, apesar de se poder perspetivar duas formas de encarar a realidade – realismo e relativismo –, o mundo real é uma construção de atores sociais que, em cada momento, constroem o significado dos acontecimentos e fenómenos do presente e reinterpretam o passado (Santos, 2002). Assim sendo, a discussão em torno da dualidade “objetividade – subjetividade” não faz sentido, pelo facto de a interpretação ser uma atividade humana por excelência. Assumindo estes pressupostos, a investigação desenvolvida foi pautada pela escuta dos participantes: clientes e enfermeiros. Esta perspetiva permitiu uma interpretação da realidade em estudo, baseada nas expectativas e experiências contextuais dos intervenientes no espaço da realidade concreta em que o estudo foi desenvolvido. Desta forma, posicionamo-nos numa forma de fazer ciência que não é isenta de valores (inclusive os nossos) e que é fruto da influência dos seus intervenientes – enquanto forma de perspetivar a realidade, em determinado contexto e em determinado momento (Denzin & Lincoln, 1994; Guba & Lincoln, 1994; Santos, 2002).

Também, sob o ponto de vista epistemológico, assumimos que o investigador se apresentou de forma consciente e interativamente envolvido com aquilo que se pretendeu conhecer. Esta visão coloca em evidência o nosso papel ativo e “influenciador” do que resulta do estudo. Temos consciência que não fomos, nem poderíamos ser, face à nossa visão paradigmática, um sujeito alheio e exterior ao fenómeno a ser estudado, mas alguém que constrói uma interpretação da realidade; interpretação que resulta de uma partilha com os participantes na investigação. Isto é particularmente relevante naquilo que se reporta ao percurso de desenvolvimento e construção da “medida de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem”, no contexto das ECCI da ULSM.

No que se refere aos dispositivos metodológicos, norteados pelos objetivos que pretendíamos atingir, optámos pela aproximação à realidade (Guba & Lincoln, 1994), através de dispositivos com forte valorização da perspetiva dos “envolvidos” – clientes e enfermeiros das ECCI. Na realidade, com alguma frequência, quando se pretende estudar a satisfação dos clientes com os cuidados de saúde, aquilo que é valorizado, ou apenas valorizado e incluído nos instrumentos de medida são as visões dos profissionais (Raftopoulos, 2005). Ainda a propósito da inscrição desta investigação no paradigma construtivista, é certo que, numa fase mais adiantada da investigação tivemos a preocupação de perceber se a “medida construída”, à escala da realidade estudada, media com fiabilidade o que era suposto medir, pelo que recorremos a dispositivos que, aparentemente, parecem estar filiados noutros paradigmas. A utilização de procedimentos de recolha e análise de dados de perfil quantitativo não colocam em causa a visão construtivista do estudo, exatamente por aquilo que expomos atrás. Constatando-se que o instrumento construído, e que faz sentido para os atores da realidade local em que a investigação decorreu, mede o que precisa de ser medido, é compreensível e desejável que se estude a satisfação dos clientes e se explore a associação de alguns aspetos da sua condição singular de saúde com aquela satisfação com os cuidados de enfermagem.

Ao evoluirmos no estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, nitidamente um estudo de perfil descritivo, exploratório e correlacional, não nos distanciamos do paradigma que guiou a investigação, uma vez que a nossa intenção não se circunscreve à descrição da satisfação dos clientes, mas visa, a partir dos resultados apurados, em linha com a intenção dos enfermeiros das ECCI, definir e (re) pensar estratégias adequadas e exequíveis à escala local, para efeitos do avanço da qualidade assistencial. Ora, este registo, na nossa opinião, inscreve-se numa lógica orientada para a construção local de soluções válidas, para os “*problemas e oportunidades*” identificadas.

## 2.2 Desenho da investigação

O desenho da investigação aqui relatada é alicerçado em dois estudos. O primeiro, de perfil metodológico (Hill & Hill, 2002), orientado à construção, de raiz, de um instrumento de medida válido, fiável e sensível à satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI. O segundo, de perfil descritivo e exploratório, centrado no estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, tendo por base aquela “medida”. No quadro deste segundo estudo, procedemos, ainda, à exploração e correlação da satisfação dos clientes com os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Cf. Pereira, 2007), obtidos pelos clientes assistidos nas ECCI.

De forma a facilitar a compreensão do plano geral da investigação, apresenta-se a figura 2 e passaremos a explicitar o conteúdo de cada um dos estudos, etapas e fases.

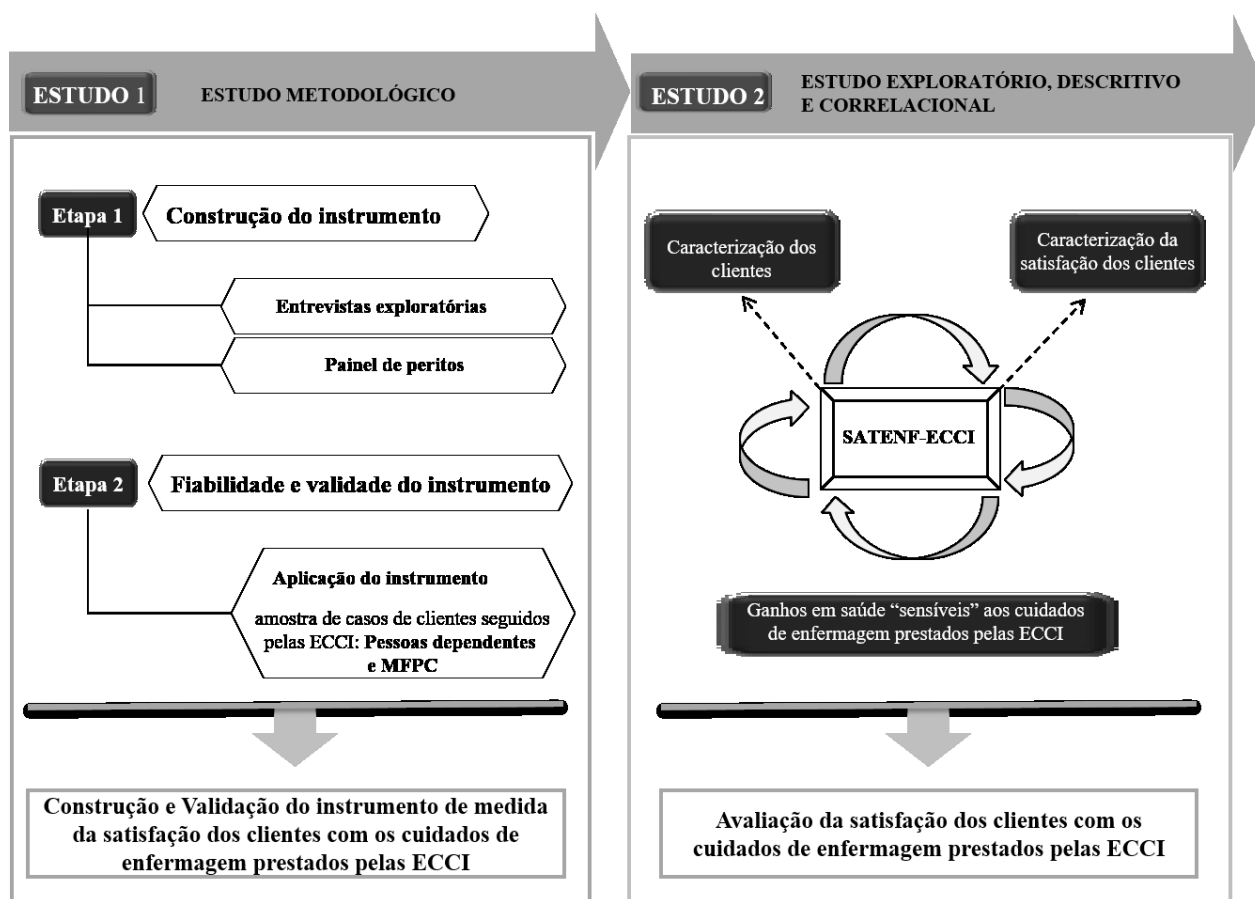


Figura 2. Desenho da investigação



**Estudo I: Construção e validação do instrumento de Avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem pelas ECCI – Estudo metodológico**

Ao iniciarmos este percurso, como já tivemos oportunidade de referir no capítulo anterior, envolvemo-nos num processo de revisão da literatura, com o intuito de, se possível, encontrar um instrumento capaz de “medir” o fenómeno que nos interessava estudar. Como vimos, daquele processo resultou evidente a ausência de uma medida que fosse capaz de captar o fenómeno em estudo, no contexto dos cuidados continuados integrados da comunidade. Contudo, a revisão da literatura empreendida foi de extrema importância para consciencializarmos aquelas que vão sendo as dimensões do fenómeno em estudo e algumas das variáveis que lhe estão associadas. Daqui resultou um enquadramento que, sem dúvida, transportamos para o trabalho interpretativo que fomos fazendo ao longo desta investigação.

Após a revisão da literatura, o estudo metodológico comportou duas etapas. A primeira etapa do estudo metodológico – que designamos por etapa preliminar de construção do instrumento – teve como propósito identificar os aspetos / “variáveis” relevantes a incluir no instrumento. Nesta etapa preliminar procedemos a duas fases. Assim, numa primeira fase recorremos a entrevistas exploratórias com os clientes das ECCI, com o intuito de conhecer as suas perspetivas, expectativas e opinião sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem. Para isso, lançamos mão de entrevistas com um baixo nível de estruturação, nas quais os participantes foram: quer clientes referenciados para ECCI (foco nas expectativas), quer clientes que já tinham tido alta das ECCI (foco na satisfação). Deste processo resultou, como veremos adiante, uma versão preliminar do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes. Esta versão preliminar do instrumento foi, numa segunda fase, sujeita a um painel de peritos de enfermagem, composto por enfermeiros fortemente envolvidos na gestão e funcionamento das ECCI, para efeitos de validação dos conteúdos, pertinência das questões e itens definidos. Assim, foi possível encontrar um modelo estável de instrumento a testar na segunda etapa do estudo (Hill & Hill, 2002).

A segunda etapa do nosso estudo metodológico, centrada no estudo da validade e fiabilidade do instrumento de medida, seguiu as recomendações de Hill e Hill (2002). Aqui, com base na aplicação do instrumento desenvolvido a uma amostra de casos de clientes seguidos em ECCI, procedemos a um conjunto de procedimentos de análise estatística, de forma a avaliar as propriedades do instrumento, para efeitos de avaliação do fenómeno em estudo.

## **Estudo II: Estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

Na posse de um instrumento de “medida” suficientemente válido e fiável, para efeitos do estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, estávamos em condições de avançar com a exploração e descrição da satisfação dos clientes. O segundo estudo, do desenho de investigação que desenvolvemos, foi um estudo de perfil quantitativo, exploratório e descritivo. Acresce que nos interessou perceber a relação entre a satisfação dos clientes e os ganhos em saúde operados no âmbito dos diagnósticos de enfermagem documentados e, em particular, naqueles fortemente dependentes, em termos de evolução, dos cuidados de enfermagem.

Assim, foi possível descrever a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, tendo em consideração as dimensões da satisfação que emergiram do estudo das propriedades do instrumento de medida. Foi posteriormente efetuada a análise da relação da satisfação dos clientes, tendo em consideração os ganhos em saúde obtidos com os cuidados de enfermagem prestados no contexto estudado, o que nos obrigou a proceder à análise da documentação de enfermagem disponível nos sistemas de informação em uso, tendo por referência o modelo de cálculo dos “ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem” proposto por Pereira (2007). Pretendeu-se, assim, explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis em estudo e descrever essas relações, bem como determinar a natureza da força e da direção das relações através do estudo correlacional (Polit, Beck & Hungler, 2004). Descreveram-se, ainda, as variáveis preditivas da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

Exposto, em traços gerais, o desenho da investigação realizada, julgamos adequado evoluir na descrição mais pormenorizada dos dispositivos metodológicos adotados em cada um dos estudos que sustentam o percurso realizado.

### **2.2.1 Construção e validação do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI – Estudo metodológico**

A monitorização da atividade das UCC, onde se incluem as ECCI, prevê, entre outras áreas, a monitorização da satisfação dos clientes (*Despacho n.º 10143/2009*), pelo que é relevante a existência de instrumentos fiáveis para a sua avaliação. Na revisão da literatura efetuada, já apresentada no capítulo anterior, fomos à procura de instrumentos capazes de medir, es-

pecificamente, a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem pelas ECCI. Da revisão empreendida, apesar de existirem alguns instrumentos de avaliação da satisfação dos clientes, não foi encontrado nenhum instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário – nomeadamente em cuidados continuados domiciliários implementados pelas ECCI. Contudo, como já referimos, a revisão da literatura ajudou-nos a criar um mapa de referências importante para todo o percurso aqui relatado.

Na revisão da literatura incluímos artigos disponíveis em diferentes bases de dados, às quais acedemos através do agregador de conteúdos *EBSCO HOST®*, assim como a leitura de livros, teses e dissertações.

Deste processo foi possível obter indicadores (itens) e dimensões associadas à satisfação dos clientes – com maior proximidade ao contexto desta investigação e à realidade portuguesa. De entre um conjunto significativo de estudos, dissertações e instrumentos encontrados, destacamos o formulário adaptado ao contexto hospitalar – denominado de *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar* (SUCEH) – e, outro, adaptado ao contexto dos cuidados de saúde primários: *Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto dos centros de saúde* – (SUCECS), desenvolvidos no contexto Português por Ribeiro (2003). Dado este último formulário ter sido construído e validado para o contexto dos cuidados de enfermagem prestados nos centros de saúde, assume maior proximidade com o nosso objeto de estudo, sendo composto por 27 itens (na sua versão refinada) que avaliam seis dimensões da satisfação: 1) Qualidade na assistência; 2) Individualização da informação; 3) Envolvimento do cliente; 4) Informação dos recursos; 5) Formalização da informação; e, 6) Promoção de elo de ligação (Ribeiro, 2003). Com uma amplitude internacional, destacamos ainda a *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (NOC) onde podemos apreciar, entre 330, 14 resultados de enfermagem referentes à satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem – sendo que estes resultados albergam 235 indicadores ou itens específicos (Moorhead, Johnson & Maas, 2008).

Nestas circunstâncias, decidimos avançar para um estudo que permitisse a construção do instrumento – residindo num estudo de cariz metodológico – conforme as orientações consensuais descritas sobre o método. Assim, no cumprimento das fases que envolvem o desenvolvimento de um instrumento teve-se em consideração: a definição da base conceptual; a definição dos objetivos e da população-alvo; a definição dos conceitos e dos conteúdos, incluindo a organização dos itens baseados nas “dimensões” do constructo; a revisão e teste do

modelo do instrumento; e, por último, a definição da versão final do instrumento a usar (Almeida & Freire, 2007; Polit, Beck & Hungler, 2004; Hill & Hill, 2002).

O objetivo geral definido para este primeiro estudo foi: **Construir e validar um instrumento de medida, capaz de avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.**

Para facilitar a sua operacionalização, dividimo-lo em três objetivos mais específicos:

**1.1: Identificar as dimensões da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, que devem integrar o instrumento.**

**1.2: Definir os itens específicos que concretizam as dimensões da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem.**

**1.3: Caracterizar as propriedades psicométricas do instrumento construído.**

Na prossecução dos objetivos definidos, adotou-se uma metodologia onde associamos entrevistas com os clientes das ECCI, notas de campo, análise documental e, numa fase mais avançada, já na posse de uma versão preliminar do instrumento, o recurso a painel de peritos, constituído por enfermeiros com experiência em ECCI.

#### **2.2.1.1 Etapa preliminar do estudo metodológico**

Nesta etapa, recorremos a estratégias de procura e construção do conhecimento baseadas numa dialética de análise comparativa e iterativa dos dados que foram emergindo, fundamentalmente, a partir das perspetivas dos clientes das ECCI, que participaram na investigação. Foram seguidos os princípios definidos por Hill e Hill (2002), nomeadamente no que este autor considera ser um estudo preliminar. O autor distingue dois tipos de estudos preliminares: estudos para auxiliar a elaboração de um questionário novo e de raiz e estudos preliminares para testar um questionário já existente, numa lógica de adequação cultural (Hill & Hill, 2002). Como já referido nos capítulos anteriores, não existe um instrumento suficientemente satisfatório para avaliar a opinião dos clientes, especificamente no contexto das ECCI, com os cuidados de enfermagem. Assim, o estudo que é aqui relatado, no que se refere à etapa preliminar, insere-se numa abordagem orientada à elaboração de um questionário novo.

Tratando-se de um estudo preliminar, que visa a elaboração de um instrumento novo, seguiremos os princípios definidos por Hill e Hill (2002). A literatura, só por si, não foi suficiente

para podermos definir as variáveis na sua totalidade, tendo sido necessário definir as perguntas a incluir no questionário (Idem, 2002). Assim, conforme o autor sugere, tivemos de executar duas etapas do estudo metodológico – para poder definir o instrumento de medida pretendido. Na primeira etapa recorremos a entrevistas semi-estruturadas com clientes das ECCI e, mais tarde, já na posse de uma versão *Draft* do instrumento, lançamos mão de um painel de peritos de enfermagem, com a intenção de validar o conteúdo do instrumento. Na segunda etapa, com uma versão estável do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, executámos um conjunto de procedimentos estatísticos necessários para ajudar a tomar decisões sobre a inclusão, ou exclusão, dos itens – possibilitando a obtenção da configuração final do instrumento.

#### **2.2.1.1.1 Entrevistas exploratórias com os clientes**

As entrevistas com os clientes das ECCI, para efeitos de conhecer a sua opinião sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI, assim como as expectativas dos clientes que aguardavam inclusão numa ECCI, foram um recurso metodológico crucial na fase preliminar do estudo. Procedemos a entrevistas com um guião bastante aberto, com áreas temáticas; as quais foram, após, analisadas sem um modelo ou categorias *a priori*, seguindo os princípios de Strauss e Corbin (2008) para a recolha e análise dos dados.

#### **Participantes**

Na escolha dos participantes a serem entrevistados tivemos como critérios de inclusão, quer os casos já com alta de uma das ECCI da ULSM quer os casos que aguardavam a inclusão numa ECCI. Desta forma procuramos ter a perspetiva dos clientes numa lógica retrospectiva, de experiência vivida, e casos que nos pudessem informar sobre as expectativas dos clientes. Procuramos casos em que, para além dos familiares cuidadores, pudessemos entrevistar pessoas dependentes com capacidade para responder. Assim, os participantes, leia-se pessoa dependente e membro da família prestador de cuidados, foram selecionados entre clientes referenciados ou entre clientes que já integravam uma das ECCI da ULSM: Senhora da Hora, Leça da Palmeira, São Mamede de Infesta ou Matosinhos.

Os participantes foram escolhidos, no decorrer do estudo, com base nas necessidades de informação, através de uma estratégia que pode ser considerada como amostragem por propósito teórico (Strauss & Corbin, 2008), de conveniência e intencional. De conveniência, porque a seleção dos informantes teve por base a facilidade de acesso e disponibilidade; e,

intencional, dada a escolha deliberada na seleção dos informantes (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Foram definidos quatro critérios, cumulativamente, para a seleção dos participantes: 1) ser um cliente dependente referenciado, ou ser MFPC do cliente referenciado, para uma das quatro ECCI da ULSM; 2) ter mais de 18 anos; 3) ter evidente capacidade cognitiva e de interação; e, 4) aceitar participar no estudo, de forma livre e informada.

Identificada a população e definidos os critérios de inclusão, faltava identificar o número de participantes, ou seja, o número de entrevistas que seriam necessárias. Tomou-se por referência o estudo realizado por Guest, Bunce e Johnson (2006), que aconselham a seleção cuidadosa da amostra intencional e ponderação quanto à sua dimensão. Segundo estes autores, vinte (20) entrevistas são suficientes para atingir a saturação teórica, isto se o grupo de participantes for homogéneo. Os mesmos autores referem, ainda, que, nestas condições, a saturação ocorre nas primeiras doze entrevistas, apesar de os elementos básicos para os temas se poderem encontrar nas primeiras seis. Fraser e Gondim (2004) também referem que, mais do que o número de entrevistados, importa a capacidade daqueles para trazer conteúdos significativos para a compreensão do objeto em estudo. Baseados nestas orientações, decidimos realizar as entrevistas e proceder à análise de conteúdo até que não emergissem novos conteúdos – por propósito teórico –, em função dos resultados da análise preliminar do material dos casos anteriores, considerando que se atingiu a saturação teórica. Quer isto dizer que fomos fazendo entrevistas; analisando o seu conteúdo e evoluindo para os novos participantes.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre julho e setembro de 2011. Com os pressupostos atrás referidos, foram entrevistados 11 participantes – nove prestadores de cuidados e duas pessoas dependentes. Atingido este número de participantes e atendendo à natureza daquilo que emergiu da análise, entendemos que, para efeitos dos objetivos definidos, não se justificavam novos casos.

### **Recolha e análise dos dados das entrevistas com os clientes**

Sobre o guião de entrevista construído, a estrutura de um instrumento que avalie as expectativas pode variar entre uma única pergunta aberta, a uma extensa lista de várias expectativas possíveis – com os cuidados potencialmente desejados (Peck *et al.*, 2001). Assim, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturado (Anexo 1), onde foram utilizadas algumas perguntas previamente revistas pelo investigador, a título de pontos de referência, aquando da

realização da entrevista (Ketele & Roegiers, 1999). Este guião incluiu um conjunto de questões sobre: os dados demográficos (idade, estado civil, profissão, etc.), quer do MFPC quer da pessoa dependente; e, ainda, um conjunto de perguntas sobre a prestação de cuidados. Assim, tomando por referência algumas questões que estimulassem os clientes a falar sobre as suas experiências e expectativas, adotou-se como grande pergunta de partida: *O que espera dos cuidados /serviços que a ECCI lhe vai prestar / prestou?* Este instrumento foi apenas um ponto de partida visto que, segundo Strauss e Corbin (2008), a teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos aumentará o entendimento da informação e poderá providenciar novas questões com, ainda, maior significado.

Depois de redigido o guião de entrevista, e antes da sua aplicação definitiva, tornou-se pertinente efetuar uma prova preliminar (Gil, 1995). Com este pressuposto, realizaram-se duas entrevistas de pré-teste, a uma pessoa dependente e a um familiar cuidador, com as quais se constatou que as questões formuladas não evidenciavam falhas na redação, nem perguntas complexas, nem questões inúteis ou perguntas que provocassem constrangimentos ou exaustão aos participantes do estudo.

O convite a cada um dos (potenciais) participantes nas entrevistas incluía a explicação sobre o estudo, informação sobre as condições para colaborar, assegurando o consentimento informado. Foi solicitado aos participantes que assinassem o seu consentimento, em folha própria (Anexo 2), sendo-lhes fornecida uma cópia. Posteriormente, dava-se início à entrevista, executada presencialmente, com recurso a gravação áudio. As entrevistas foram efetuadas pelo investigador, e não pelos profissionais de saúde da ECCI, no sentido de diminuir o viés.

Antes de realizar cada uma das entrevistas, procedemos a uma análise sumária dos registos disponíveis nos aplicativos *GestCare CCI®* e *SAPE*, como forma de ancorar as questões que iam sendo colocadas aos participantes naquilo que era a realidade das suas situações clínicas. Neste processo de análise documental também tivemos oportunidade de recolher / complementar dados sobre os participantes, com recurso a um guião de análise documental (Anexo 3) como, por exemplo: motivo de referenciação para a ECCI, principais diagnósticos de enfermagem, entre outros aspetos.

Ainda foram feitas algumas notas de campo, como um complemento às entrevistas realizadas. As notas de campo estão frequentemente associadas à observação participante e à etnografia, mas podem também ser usadas nas abordagens com recurso a entrevistas ou grupos focais (Gibbs, 2009). Estas serviram, essencialmente, para o registo de circunstâncias relaci-

onadas com as entrevistas efetuadas, bem como aspetos da linguagem paraverbal e não-verbal observados nos entrevistados.

Foi efetuada a codificação dos materiais associados a cada participante, de modo a assegurar a confidencialidade dos mesmos. Neste sentido, adotámos os seguintes princípios para codificar todos os materiais de recolha de dados. Em primeiro lugar foi atribuído um número sequencial, seguido da letra *P* ou *D* – em que o *P* significa que é relativo ao familiar cuidador ou Prestador de Cuidados e o *D* à pessoa Dependente. Segue-se outra letra, *M*, *C* ou *E* – respetivamente, relativo ao local de colheita de dados: Serviços de Medicina, Cirurgia ou ECCI.

No processo de análise dos dados utilizámos o programa informático *NVivo 9®*, para auxiliar na análise de dados resultantes e associados às entrevistas. Este programa ajuda na organização dos dados, no processo de categorização, no estabelecimento de relações entre os conceitos emergentes, a partir dos conceitos e das relações estabelecidas entre eles. Para efeitos do processo de análise do material proveniente das entrevistas e das notas de campo, utilizámos os princípios da Teoria Fundamentada (Strauss & Corbin, 2008), não sendo nossa intenção gerar, dessa forma, uma “*grounded theory*”.

Na análise dos dados teve-se a pretensão de identificar padrões, não descurando a procura da diversidade no processo de análise. Krueger (1998) refere, precisamente, que a identificação de padrões nas interações e nos discursos dos participantes representa a base para o trabalho de codificação do material, e este trabalho deve ser feito de acordo com as orientações de Strauss e Corbin. Deste modo, os princípios da Teoria Fundamentada, enquadrados no paradigma construtivista e centrados numa perspetiva interpretativa dos resultados, emergiram como o principal referencial no que respeita à metodologia de análise dos dados das entrevistas. Aqui, a “teoria” é induzida de “baixo para cima”, em vez de cima para baixo, tendo por base os dados obtidos e a sua interrelação, seguindo um pensamento indutivo. Nesta abordagem, a realidade é múltipla e descobre-se por um processo dinâmico (Basto, 1998; Strauss & Corbin, 2008). Baseados no pressuposto ontológico que a realidade em estudo era pouco conhecida, emergiu a necessidade de esta ser revelada a partir do resultado, dinâmico, de entendimento do investigador e dos participantes na investigação – os clientes das ECCI.

Neste estudo, não se visou construir um modelo explicativo, mas, antes, conhecer a realidade sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados nesta nova oferta de cuidados. Apesar disto, a abordagem metodológica baseada nos princípios da Teoria Fundamen-



tada de Strauss e Corbin (2008) demonstrou-se fundamental para a análise qualitativa dos dados. O estudo de natureza qualitativa – com recurso a entrevistas exploratórias a clientes das ECCI – deu corpo à perspectiva construtivista, permitindo entender a realidade sob um ponto de vista dinâmico (Denzin & Lincoln, 1994; Guba & Lincoln, 1994; Santos, 2002; Streubert & Carpenter, 2002) daqueles que são os detentores do conhecimento sobre o fenómeno.

Os dados obtidos – entrevistas gravadas e notas de campo, com alguns apontamentos do que estava registado nos processos clínicos – constituíram o *corpus* da análise. Iniciámos a codificação dos dados sem categorias *à priori*, permitindo a criação das categorias a partir dos dados, de modo a estabelecer uma estrutura temática (Gibbs, 2009). O procedimento de análise iniciou-se no momento da transcrição das entrevistas evoluindo, progressivamente, para uma análise mais detalhada. Segundo Strauss e Corbin (2008), o processo de codificação pode ser dividido em três fases: 1) A codificação aberta, que é o processo pelo qual os conceitos são identificados, através da separação dos dados “(...) *em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças*” (p.104); 2) A codificação axial, que é o processo de relacionar categorias com as suas subcategorias e ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões; e, 3) A codificação seletiva que é o processo de integrar e refinar a teoria.

Como se percebe do que emergiu da análise, apenas efetuámos a codificação aberta e axial, não sendo realizada a codificação seletiva. Os dados foram analisados de um modo indutivo e o seu significado revelou-se fundamental (Bogdan & Biklen, 2010) para a compreensão da opinião dos clientes sobre os cuidados que receberam pelas ECCI e / ou sobre as suas expectativas face àqueles cuidados.

A nomeação das categorias começou por ser intuitiva, sem omitir, claro, o conhecimento já adquirido sobre o assunto. O nome das categorias e das subcategorias foi sendo revisto e reformulado de acordo com o conteúdo que parecia estar representado. Num verdadeiro processo dinâmico, as categorias iam sendo reformuladas: novas categorias iam sendo criadas, outras pareciam assumir-se como subcategorias e tomavam-se novas decisões sobre a organização dos dados (Strauss & Corbin, 2008).

Os dados foram recolhidos até que cada categoria estivesse saturada, ou seja, até que nenhum novo dado relevante se identificasse, as categorias estivessem bem desenvolvidas, em termos das suas propriedades e dimensões, demonstrando variação e que se conseguisse con-

figurar o relacionamento entre as categorias (Strauss & Corbin, 2008). A informação produzida e que vai ao encontro das respostas às questões de investigação definidas dividiu-se em duas grandes áreas temáticas – as expectativas dos clientes e os fatores que podem influenciar as expectativas e a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. A descrição da análise de conteúdo efetuada foi tão desenvolvida quanto o necessário, de forma a servir para atingir os objetivos a que se destinava – identificar os aspetos centrais a serem incluídos no instrumento de medida da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

Como vimos, da análise às entrevistas com os clientes e dos dados que lhe foram sendo associados, através das notas de campo, fomos capazes de evoluir para uma versão preliminar do instrumento, que assumiu a forma de um questionário.

#### **2.2.1.1.2 Painel de peritos de enfermagem**

De acordo com Hill e Hill (2002), o instrumento (formulário), na sua versão preliminar deve ser submetido à análise de peritos, de forma a verificar a sua validade de conteúdo e, ainda, garantir que o instrumento de medida é representativo do fenómeno a avaliar. Para isso recorreremos, então, a um painel de peritos, considerando que a sua perspetiva seria um contributo relevante, considerando a experiência e conhecimento da área em estudo dos enfermeiros que foram seleccionados. O painel de peritos, também designado por painel de especialistas, é utilizado em investigação para aumentar a fidedignidade e reduzir o viés metodológico, nomeadamente em estudos que adotem estratégias multimétodos para a colheita de dados (Pinheiro, Farias & Abe-Lima, 2013).

O painel de especialistas pode fazer parte da colheita de dados, propriamente dita, ou incorporar a fase preliminar de um estudo (Quivy & Campenhoudt, 2008). No caso do presente estudo, este painel teve como principal objetivo contribuir para a definição, numa fase preliminar, das bases para a investigação – permitindo validar as dimensões e os indicadores / itens que possibilitam avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Segundo Pinheiro, Farias e Abe-Lima (2013), a participação de especialistas na fase preliminar de um estudo, como este, pode assumir vários formatos distintos. Um deles é, quando o problema em análise já foi definido e a investigação se aproxima da fase de verificação empírica.

A participação de peritos na fase preliminar de um estudo aproxima-se do formato de um estudo piloto. Neste tipo de estudo, o investigador pretende testar um procedimento ou um instrumento antes de ser efetivamente aplicado aos seus (reais) destinatários (Pinheiro, Farias & Abe-Lima, 2013). Aqui, pelos seus conhecimentos e/ou experiência, os peritos podem fazer a crítica do instrumento ou procedimento, em função dos objetivos pretendidos no estudo (Idem, Ibidem).

### **Constituição do painel de peritos**

Um painel de peritos pode ser desenvolvido, tanto a nível individual como em dinâmicas de grupo. No caso concreto deste estudo, face aos objetivos definidos para esta fase da investigação, revelou-se pertinente a interação entre os peritos, pelo que escolhemos uma metodologia que garantisse a partilha de experiências com enfermeiros e a captação de informação relevante para a construção do instrumento de avaliação da satisfação.

Assim, foi constituído um painel de peritos, composto por enfermeiros, que detivessem, pelo menos, um dos seguintes critérios de inclusão: a) Ter conhecimentos sobre cuidados continuados, qualidade em saúde e avaliação da satisfação dos clientes em saúde; e/ou b) Ter experiência de gestão ou de prestação de cuidados de enfermagem em contexto dos cuidados continuados, com particular enfoque nas ECCI. Desta forma, após a definição de um conjunto de indicadores de satisfação baseados na perspetiva dos clientes, integrou-se a opinião de peritos no processo de construção do instrumento.

O painel de peritos foi constituído por nove enfermeiros, na sua maioria os responsáveis de ECCI ou coordenadores de UCC da ULSM.

### **Recolha e análise dos dados do painel de peritos**

Foi preparado um modelo de instrumento, para apresentar ao painel de peritos, organizado por dimensões e constituído por indicadores a partir dos resultados obtidos nas entrevistas com os clientes. Desta forma, e nesta etapa, foi patente o importante contributo da revisão da literatura efetuada, dando maior solidez e rigor à construção dos enunciados dos itens que compuseram o instrumento. Da revisão da literatura, os indicadores de satisfação com os cuidados de enfermagem mencionados na NOC assumiram um particular interesse para a construção dos enunciados do instrumento de colheita de dados. Assim, da análise pormenorizada de cada resultado e dos respetivos enunciados (Anexo 4), foi feita uma seleção dos indicadores que se aplicavam ao objeto em estudo – nomeadamente ao contexto dos cuida-

dos de enfermagem prestados pelas ECCI –, organizados conforme as dimensões que constituíram a agregação teórica relativa às expectativas dos clientes, provenientes das entrevistas realizadas. Iniciou-se a análise por este documento, em virtude de ser o que apresentava maior número de indicadores/itens passíveis de utilização no instrumento a criar. De seguida, com recurso a folhas de cálculo do *Microsoft Excel*® 2010, fomos sinalizando e depurando os indicadores aplicáveis e com relevância ao contexto e fomos adicionando, em novas folhas de cálculo, itens e dimensões presentes noutros estudos e instrumentos utilizados na avaliação da satisfação – que foram referidos anteriormente. Com este percurso, foi possível definir o instrumento preliminar que foi apresentado ao painel de peritos.

Os painéis de peritos são uma estratégia que exige alguma diretividade no seu funcionamento. Ou seja, o entrevistador (investigador) conduz a reação dos entrevistados (peritos), para ouvir a opinião de cada um, comparar as suas respostas e obter um resultado sobre cada ponto em análise – de uma forma mais direcionada para cada ponto ou item em análise. Neste enquadramento, o painel de peritos constituiu uma metodologia adequada às nossas intenções, na medida em que permite a tomada de decisões com consenso mais alargado de opinião. Assim, depois de efetuados os convites para integrar o painel de peritos, enviámos para a primeira reunião, por correio eletrónico, o modelo preliminar do instrumento – de forma a que cada um dos peritos pudesse proceder a uma análise prévia do *draft* do instrumento e respetivos itens. Simultaneamente, foi fornecida a proposta de ordem de trabalhos, que incluiu a definição de um conjunto de aspetos organizativos da atividade, tais como: data; horário de início e fim; local; participantes, na qualidade de peritos; objetivos; e, estratégias de discussão. Dada a quantidade de aspetos para discussão e necessidade de debater os resultados do pré-teste, foi necessário proceder a duas reuniões de peritos.

Foram definidos três objetivos para estas reuniões do painel de peritos:

- 1) Validar as dimensões da satisfação que emergem da literatura e das expectativas dos clientes, que devem integrar o instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI;
- 2) Validar os itens que medem cada uma das dimensões, reorganizando os itens ou propondo novos que não estejam previstos no modelo proposto;
- 3) Validar as estratégias de aplicação do instrumento.

Em ambas as sessões apresentaram-se, com recurso a projetor multimédia e computador portátil, todos os itens, organizados por dimensões, que emergiram das fases anteriores, considerados relevantes e adequados ao contexto – conforme previamente enviado pelo investi-

gador. Era apresentada cada dimensão, com os respetivos itens, seguida de discussão, tipo “*brainstorming*”, em torno da sua pertinência e relevância. Com recurso, mais uma vez, a folhas de cálculo do Microsoft *Excel*® 2010, o investigador: confirmava ou rejeitava os itens; organizava os itens em dimensões diferentes – sempre com a visualização simultânea de todos os participantes, obtendo sistematicamente *feedback* e, conforme o consenso que ia sendo obtido, sobre as alterações efetuadas. Os aspetos organizativos do instrumento e os itens propostos para cada dimensão foram discutidos, um a um, até que se obtivesse o consenso sobre a sua: pertinência, enunciado e adequação ao contexto.

No caso de dificuldades na obtenção do consenso, foi previsto que se efetuasse uma votação, sobre as diferentes perspetivas de decisão, sendo posteriormente analisada pelo investigador e, por fim, era este que tomava a decisão final. Desta maneira, conforme se pode constatar no desenrolar das reuniões do painel de peritos, considerou-se que não seria pertinente recorrer a técnicas mais elaboradas de obtenção de consensos, como são exemplo: a técnica de Delphi ou a técnica de grupo nominal.

Apesar de toda a discussão ter sido gravada, com recurso a gravador áudio, a análise dos dados obtidos foi efetuada com o painel de peritos – em simultâneo à discussão, durante as duas reuniões. Desta forma a configuração das perguntas do instrumento, a definição das áreas e das dimensões consideradas relevantes para a inclusão no instrumento, foi sendo simultaneamente efetuada – quer na sua versão para pré-teste, quer na sua primeira versão a implementar (Versão 1). A decisão da gravação das reuniões teve como principal justificação a eventualidade de não se obter consensos, no próprio momento da discussão, e ser necessário revisitar os argumentos dos peritos para o investigador tomar uma decisão final mais tarde.

Nas decisões tomadas, foi tido em conta o que Krueger (1998) preconiza para a interpretação do material em discussão. Conforme este autor aponta, paralelamente às decisões sobre a informação que ia sendo colocada aos peritos, o investigador deve associar os discursos dos participantes à linguagem não verbal que estes apresentam. Ou seja: a intensidade das afirmações; o entusiasmo com que falam; a espontaneidade e a congruência entre a linguagem não verbal e a verbal (Idem, 1998). Outro aspeto relevante, segundo o autor, é a congruência dos comentários dos participantes. Isto não quer dizer que um participante que mude a sua opinião ao longo da discussão, sobre um determinado ponto de análise, seja imediatamente considerado incoerente. O que se deve procurar fazer é a apreciação das razões que

sustentam essas modificações de opinião no contexto interativo em que se processa a discussão sobre determinado assunto (Idem, Ibidem).

De forma a otimizarmos as decisões que iam sendo produzidas, tivemos sempre presente a necessidade de ir devolvendo as análises e a reformulação das questões em causa. Também, durante a interação com o painel, e conforme sentíamos oportuno, íamos recordando a informação que detínhamos da revisão da literatura, bem como os resultados obtidos nas entrevistas aos clientes, relativamente às expectativas com este serviço.

#### **Pré-teste da primeira versão do instrumento**

Após a primeira sessão com o painel de peritos, foi programado um pré-teste com o objetivo de determinar se o questionário estava pronto a ser aplicado. Entre vários aspetos, tivemos a pretensão de verificar: a) se estava redigido de uma forma clara e se os inquiridos reconheciam os itens com a sua experiência; b) se apresentava tendenciosidade; c) se solicitava o tipo de informação pretendida; d) se identificava algum item ofensivo ou alguma dificuldade nas respostas; e) potencial de administração do questionário de forma presencial e / ou por telefone. De forma geral pretendeu-se identificar as hipotéticas falhas que o instrumento pudessem conter e, ainda, os tempos médios requeridos para a sua administração.

O pré-teste do questionário de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI foi realizado em junho de 2012, a nove participantes. Posteriormente, foi realizada a segunda sessão com peritos, com a finalidade de refinar a versão do instrumento a aplicar – SATENF-ECCI (Versão 1).

#### ***2.2.1.2 Etapa de validação do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI***

Após a construção do instrumento com o propósito de caracterizar a satisfação dos clientes, a que passámos a denominar pelo acrónimo SATENF-ECCI, este careceu de ser validado. Assim, para além da autorização para a realização do estudo, revelou-se pertinente definir a população e amostra, os critérios de inclusão dos participantes no estudo, o procedimento de recolha de dados e a previsão da análise e tratamento dos dados – tendo em vista a verificação da fiabilidade e validade do instrumento construído.

### 2.2.1.2.1 População e amostra

A população elegível para esta etapa da investigação correspondia aos casos incluídos / assistidos nas quatro ECCI da ULSM. De acordo com os dados que nos foram sendo disponibilizados pela instituição, por ano, as quatro ECCI assistiam cerca de 500 casos, na medida em que, em simultâneo, as quatro ECCI incluíam 80 casos. À partida, conscientes do número de itens do questionário – SATENF-ECCI – e da casuística das ECCI em estudo, foi estimado que uma amostra com cerca de 200 casos seria adequada, para efeitos dos procedimentos de avaliação do potencial de aplicabilidade do questionário, da sua fiabilidade e validade.

Desta forma, definimos um critério temporal de meio ano (6 meses) para estudar todos os casos que, durante o período de outubro de 2012 a maio de 2013, tivessem alta de uma das ECCI. Foi constituída, assim, uma amostra por critério temporal. A amostra foi sendo constituída por casos de que nos foram sendo indicados pelos serviços da respetiva ECCI. Cada caso poderia incluir, ao limite, dois respondentes: o MFPC e a Pessoa Dependente, se tivesse condições para responder às questões.

A população-alvo em estudo englobou o MFPC e a Pessoa Dependente, após a alta da ECCI e até três meses após esse momento. Nestas condições, decidiu-se estudar os clientes das quatro ECCI referidas, durante um período de tempo específico. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ser MFPC de cliente dependente com alta, até três meses, de uma das quatro ECCI da ULSM, e / ou ser a própria pessoa dependente;
- Ter mais de 18 anos;
- Ter evidente capacidade cognitiva e de interação;
- Aceitar participar no estudo, por contacto telefónico.

Os questionários foram administrados por telefone, uma vez que no pré-teste esta estratégia se mostrou adequada, favorecendo, até, a resposta “mais livre” dos respondentes, sem o efeito da presença do entrevistador. Para se alcançar uma amostra com a dimensão estimada, foi necessário efetuar um total de 391 chamadas telefónicas sendo que, destas, apenas 228 foram consideradas “úteis” para efeitos de aplicação do instrumento. Foram contabilizadas 127 tentativas de contacto, em que a chamada não foi atendida ou que, sendo atendida, teve como único propósito o agendamento da aplicação do formulário para um momento mais

oportuno. Outras 36, apesar do contacto ter sido conseguido, optou-se por não agendar nem aplicar o inquérito – por não estarem reunidas as condições.

Os dados foram recolhidos entre 17 de outubro de 2012 e nove de maio de 2013. Neste período, as quatro ECCI assistiram 296 casos (relativos a pessoas dependentes com alta, até três meses, de uma das ECCI). A amostra reunida correspondeu a 222 casos – 201 MFPC e 27 Pessoas Dependentes.

Sensivelmente a meio do período de recolha de dados, percebemos que existia uma clara assimetria entre o número de MFPC e pessoas dependentes que responderam ao formulário. Esta análise fez com que, na continuação dos contactos efetuados para aplicar o instrumento, estivéssemos mais atentos aos motivos da não participação das pessoas dependentes no estudo e que persistíssemos na aplicação do formulário a este cliente, quando possível e sem desrespeitar os princípios éticos subjacentes. Todavia, uma das principais razões para a assimetria encontrada radica na própria condição de saúde do dependente, muitas vezes com compromissos da consciência ou dos processos cognitivos, a par de limitações na mobilidade.

Pela análise da tabela que se segue (Tabela 2), o número de casos distribui-se de forma, praticamente, equitativa pelas quatro ECCI da ULSM de Matosinhos.

**Tabela 2.** Distribuição da amostra, por casos, por ECCI que prestou o cuidado

<b>ECCI que prestou o cuidado</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Matosinhos</b>	45	20,3
<b>São Mamede de Infesta</b>	60	27
<b>Senhora da Hora</b>	57	25,7
<b>Leça da Palmeira</b>	60	27
<b>Total</b>	222	100

Foram efetuadas até três tentativas de contacto, findas as quais se desistia do processo de inclusão do caso na amostra. No que se refere ao resultado de cada contacto, relativamente à obtenção da resposta ao formulário, verifica-se logo no primeiro contacto que 60,4% da amostra respondeu, 13,1% preferiu agendar a resposta ao formulário para um momento mais oportuno e 26,6% estava indisponível – não atendendo o telefone. Consequentemente, no segundo contacto foram obtidas 27% das respostas ao formulário e, por último, 12,6% da amostra foi obtida no terceiro contacto telefónico efetuado (Tabela 3).



Tabela 3. Distribuição dos resultados de resposta por tentativas de contacto

Resultado do 1.º contacto	Frequência	Percentagem
Respondeu	134	60,4
Agendou	29	13,1
Indisponível	59	26,6
Total	222	100
Resultado do 2º contacto	Frequência	Percentagem
Respondeu	60	27,0
Agendou	10	4,5
Indisponível	18	8,1
Total	88	39,6
Resultado do 3º contacto	Frequência	Percentagem
Respondeu	28	12,6
Total	28	12,6

Praticamente todos os respondentes referiram preferir sujeitar-se a este formulário por via telefónica, enquanto apenas uma pessoa expressou a sua preferência pela sua participação presencial.

Conhecida a forma como se obteve a amostra de respondentes, passamos aos critérios que nortearam a recolha e análise dos dados – perspetivando o conhecimento das características de fiabilidade e validade do instrumento.

#### **2.2.1.2.2 Recolha e análise dos dados – Fiabilidade e validade do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados na ECCI**

Os dados foram recolhidos pelo investigador, por via telefónica a partir do telefone fixo de cada uma das UCC. No sentido de cumprir o princípio da confidencialidade, foram eliminados, de imediato, todos os dados que permitissem a identificação dos participantes na amostra e foi atribuída número sequencial a cada formulário que ia sendo respondido. Após a atribuição do código ao caso, de imediato, os dados recolhidos iam sendo registados numa base de dados construída para o efeito no programa *Microsoft Access® 2010*, à medida que a entrevista decorria. Optámos por usar esta metodologia por considerarmos ser a que: 1) cumpria os princípios éticos; 2) provocava o “menor dano” aos respondentes, na medida em que estes respondiam se quisessem e quando quisessem, sem invadir o seu espaço privado; 3) implicava menor custo associado à colheita de dados; e, 4) se revelava mais ágil e rápida.

Os casos, que se enquadravam nos critérios de inclusão, foram selecionados e indicados ao investigador pelos enfermeiros coordenadores das UCC ou, em alguns casos, pelos enfer-

meiros responsáveis pelas ECCI. Estes enfermeiros, para além de terem conhecimento sobre as condições de saúde da população em estudo, também estavam por dentro da finalidade e objetivos da investigação.

As pessoas dependentes com alta e os Membros da Família Prestador de Cuidados (MFPC), foram convidados a responder ao formulário, sendo sempre questionado no contacto telefónico, se o momento era oportuno ou se pretendia outro momento de contacto. Solicitava-se a resposta do cliente e do principal membro da família prestador de cuidados. No entanto, na esmagadora maioria, apenas obtínhamos a disponibilidade apenas de um deles – quase sempre do MFPC.

Era explicado o objetivo do estudo e no que consistia a resposta ao formulário, sendo acrescentado que os resultados do estudo serviriam para incrementar melhorias e correções nos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Considerámos a obtenção do consentimento informado através da anuência em responder ao inquérito naquele momento de contacto.

### **Análise e tratamento dos dados**

Os dados registados na base de dados do *Microsoft Access*® 2010, foram importados para outro programa informático de análise estatística, o *IBM SPSS Statistics 21*® (*Statistical Package for the Social Sciences*), para poder ser realizado o tratamento dos dados. Conforme nos dizem Polit, Beck e Hungler (2004), sem a ajuda da estatística os dados quantitativos constituem pouco mais de que uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos permitem ao investigador: reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica. Para tal, recorremos a diferentes procedimentos estatísticos para organizar os dados e responder aos objetivos desta etapa do estudo.

Nesta fase metodológica, pretendíamos conhecer as propriedades psicométricas do formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem prestados pelas ECCI (SATENF-ECCI), dando resposta aos objetivos definidos, naquilo que se refere à sua fiabilidade e validade.

A análise foi efetuada observando o facto de estarmos perante um instrumento multidimensional, ou seja, que, à partida, apresenta teoricamente uma estrutura organizada em sete áreas relativas à satisfação. Assim, organizámos a análise da fiabilidade e validade do instrumento de medida, segundo os princípios descritos nos parágrafos seguintes.

Foi estudada a normalidade da distribuição da amostra em todos os itens que compõem o formulário adaptado ao MFPC, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*, mas nem todas as variáveis apresentavam, segundo este teste, valores sugestivos de distribuição normal. Face a este facto, para prosseguir com as medidas de tendência central (média e desvio padrão), seguimos o teorema do limite central para as variáveis do SATENF-ECCI, adaptado ao principal MFPC. Este teorema indica que não é necessário verificar a normalidade, em cada item, quando o tamanho da amostra é superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2003). Para além de termos uma amostra superior a 30, todas as variáveis apresentavam uma média muito próxima da mediana, sendo que esta fica, sempre, situada entre o mínimo e o máximo valor para a média num intervalo de confiança de 95% (Marôco, 2003).

No caso das variáveis do SATENF-ECCI adaptado à pessoa dependente, não se pode usar o mesmo critério, pois estávamos perante uma amostra inferior a 30 casos. Dos casos estudados, pelas razões a que já aludimos, apenas 27 incluem pessoas dependentes. Assim sendo, o teste de *Shapiro Wilk* revelou-se o mais adequado para o estudo da normalidade da distribuição da amostra relativa aos dependentes. A partir da análise dos resultados deste teste verificámos que a maioria das variáveis não apresenta uma distribuição normal. Existiam vários valores de valor de  $p$  menores do que 0.05. Igualmente como defendemos nas variáveis relativas ao MFPC, e para podermos usar o mesmo tipo de medidas de tendência central (média e desvio padrão), optámos por seguir o teorema do limite central. O tamanho da amostra de pessoas dependentes foi muito próximo de 30 e, essencialmente, todas as variáveis apresentavam uma média muito aproximada da mediana, sendo que esta ficou, sempre, situada entre o mínimo e o máximo valor para a média num intervalo de confiança de 95%. Presumimos, também, que conforme o tamanho da amostra vai aumentando vai cada vez mais aproximando-se da distribuição normal (Marôco, 2003). Desta maneira, apesar de a observação dos resultados dos testes não terem revelado uma distribuição normal em todos os itens, presumimos que existe pelo menos simetria – pois, observando os histogramas de cada variável, verifica-se simetria em torno da média. Com base nesta reflexão, tomámos a decisão de avançarmos para a análise das características psicométricas das variáveis do SATENF-ECCI aplicadas à pessoa dependente, usando também a estatística paramétrica.

### **Validade dos itens**

No sentido de apurarmos a validade dos itens que dão corpo ao instrumento, em primeiro lugar, efetuámos a análise das frequências de resposta. Para viabilizar os resultados, e apesar de termos efetuado vários tipos de análise estatística, optámos pelo uso das *Regras do Pole-*

gar por serem em geral suficientes para a determinação de tamanho mínimo de amostra e em virtude de termos realizado análises multivariadas – como por exemplo, análise fatorial e regressão múltipla. Assim, certificámo-nos que a amostra era suficientemente grande, para garantir que nesta e numa próxima análise fatorial se mantivessem os mesmos itens. Esta regra é descrita por Hill e Hill (2002), em que o mínimo de respostas válidas (N) por variável (K) deve ser:  $N=50$ , se  $K \leq 5$ ;  $N=10 \times K$ , se  $5 < K \leq 15$ ;  $N=5 \times K$ , se  $K > 15$ .

Tivemos, ainda, em conta os números de “não respostas”, pelo que, segundo Pestana e Gageiro (2003), temos uma taxa de não respostas elevada quando corresponde a 20% dos dados, podendo considerar-se a eliminação destas variáveis do estudo ou usar a média dos grupos em sua substituição. A acontecer, esta taxa de “não respostas” em cada item, pode distorcer os resultados da análise fatorial e inviabilizar a análise estatística. No caso da nossa amostra relativa a familiares prestadores de cuidados, o número total de respondentes foi de 201. Assim, 20% da amostra corresponde a 40,2 respondentes. Quanto às 27 pessoas dependentes, 20% corresponde a 5,4 participantes. No entanto, para se verificar se as “não respostas” estão associadas a alguma característica particular da população, revela-se boa prática a sua análise atenta (Pestana & Gageiro, 2003).

Por fim, assumindo a existência da normalidade da distribuição entre as variáveis, conforme atrás descrito, confirmámos o sentido e a força de relação entre os itens de cada uma das dimensões teóricas do instrumento ou “subescalas” e efetuámos a análise das correlações, através do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson. Este procedimento ajudou, também, a decidir a pertinência, ou não, da eliminação de itens em cada subescala. Utilizámos os valores convencionados, em que “(...) *um  $r$  menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta*” (Pestana & Gageiro, 2003, p.189).

#### **Análise da fidelidade: análise da consistência interna dos itens**

Entende-se por fidelidade de um instrumento, a capacidade que um instrumento tem de produzir resultados consistentes e replicáveis. Ou seja, a fidelidade ou fiabilidade de uma medida significa que tem consistência para ser capaz de obter os mesmos resultados quando o instrumento é aplicado a alvos estruturalmente semelhantes (Marôco & Bispo, 2003; Field, 2005). Assim, a consistência interna de cada subescala ou dimensão teórica do SATENF-ECCI foi avaliada através: da análise da correlação inter-item ( $r$ ) e do  $\alpha$  de Cronbach ( $\alpha$ ). A fiabilidade recomendada para o  $\alpha$  de Cronbach é definida por vários autores, sen-

do o limiar da sua aceitabilidade em tornos dos 0,60 (Marôco & Bispo, 2003). No entanto, também se pode considerar que um instrumento tem uma fiabilidade apropriada quando o *alpha de Cronbach* é, pelo menos, de 0,70 (Idem, 2003). Outros autores defendem ainda que a obtenção do valor de *alpha de Cronbach* de 0,80 é um objetivo razoável (Gliem & Gliem, 2003). Para efeitos de interpretação dos valores de *alpha de Cronbach*, Pestana e Gageiro (2003) propõem a seguinte classificação: Muito Boa, se superior a 0,90; Boa, entre 0,8 e 0,9; Razoável, entre 0,7 e 0,8; Fraca, entre 0,6 e 0,7 e inadmissível se inferior a 0,6.

#### **Análise da validade: análise das componentes principais**

A análise fatorial foi estendida a cada uma das subescalas ou dimensões do SATENF-ECCL, de forma independente, tendo em vista conhecer a validade do construto e verificar os valores da variância. Foi utilizada a análise das componentes principais com rotação ortogonal de tipo Varimax. De acordo com Pestana e Gageiro (2003), poderá realizar-se essencialmente a análise fatorial como técnica confirmatória ou como forma de explorar a eventual dimensionalidade de uma escala. A análise fatorial permite verificar as interrelações entre as variáveis, agrupando-as em fatores, possibilitando, ainda, a atribuição de uma designação a cada um desses agrupamentos (Polit, Beck & Hungler, 2004). A classificação destes fatores é, na sua essência, um processo de identificar construtos teóricos, permitindo organizar a forma como os sujeitos interpretam as questões, indicando as que estão relacionadas entre si e as que não estão. Permite, ainda, avaliar a validade das variáveis integrantes de cada fator, indicando em que medida, se referem aos mesmos conceitos, através da correlação existente entre elas (Pestana & Gageiro, 2003). Desta maneira, através da análise fatorial, tornou-se possível apreciar, essencialmente, a validade de construto do instrumento, conhecendo a homogeneidade dos itens criados. Com o recurso a esta técnica revelou-se mais fácil verificar se o instrumento (construto) deveria ter um menor número de dimensões ou se as dimensões, previstas teoricamente, deviam ser mantidas.

Foi, ainda, observado o coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* e o *Bartlett's Test of Sphericity* de forma a legitimar o prosseguimento desta análise. Utilizaram-se os valores de referência para o KMO, para viabilizar a análise fatorial, segundo os seguintes parâmetros: <0,5 – inaceitável; entre 0,5 e 0,6 – má; de 0,6 a 0,7 – razoável; de 0,7 a 0,8 – média; entre 0,8 e 0,9 – boa e, de 0,9 a 1 – muito boa. Foram, também, observados os comportamentos das variáveis, no que se refere: à matriz anti-imagem, à matriz das componentes e as comunalidades.

Relativamente à distribuição fatorial dos itens recorreu-se à análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais e, para maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser com rotação *Varimax*. Para efeitos de análise e de manutenção dos itens, nesta investigação, considerou-se como valor de saturação mínimo aceitável uma correlação entre as variáveis originais e as componentes principais de 0,30 e incluíram-se todos os fatores que respeitaram o critério de valor próprio (*eigenvalues*) superior a 1 (Tinsley & Tinsley, 1987; Pestana & Gageiro, 2003).

Uma vez conhecida a relação que se estabelecia entre as diferentes variáveis, procurou-se averiguar quais as variáveis preditivas da satisfação com os cuidados de enfermagem, ou seja, qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da satisfação dos clientes em estudo. Por fim, com estas operações, pretendeu-se saber se este instrumento mede o que pretende medir, saber se existem correlações entre os construtos em estudo, ensaiar predições (sem obviamente servir para inferir relações causais) e conhecer a distribuição dos valores de correlação por ordem de importância, segundo os resultados obtidos.

Este conjunto de procedimentos, como veremos adiante neste relatório, permitiu-nos ter uma “medida” de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI. Este recurso viabilizou, com base na amostra de 222 casos, explorar a associação entre a satisfação com os cuidados e os “ganhos em saúde”, operados na condição de saúde dos clientes, tendo por base o modelo descrito por Pereira (2007) – modelo que, em rigor, acabou por ser adotado / sugerido na mesma altura pela OE (2007).

### **2.2.2 Estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados na ECCI**

Passando à apresentação da metodologia usada no segundo estudo, que compõe esta investigação, podemos considerar que estamos perante um estudo de cariz quantitativo: descritivo, exploratório e correlacional. Exploratório, dada a escassez de trabalhos realizados nesta área e o pouco conhecimento que se detém sobre o objeto em estudo. Descritivo e correlacional, porque pretendeu-se descrever os resultados obtidos e estabelecer relações entre variáveis definidas, nomeadamente a “satisfação dos clientes” e os “ganhos em saúde” (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Num estudo exploratório os planos da observação, os temas de investigação e alguns fenómenos com significado não podem deixar de surgir se não ao longo da recolha e análise da informação, ou seja, ao longo da própria investigação. A decisão de se enveredar por um

estudo exploratório compadece-se com a aceitação de um problema formulado provisoriamente (Gil, 1995; Polit & Hungler, 1997). A referência aos princípios descritos por estes autores faz jus a uma opção nova que tomámos no decurso desta investigação – a opção de “olhar” para a centralidade dos cuidados prestados nestas ECCI e verificar a forma como se relacionam com os níveis de satisfação da amostra estudada. Assim, surgiu uma parte da realidade que não projetámos estudar no início desta investigação e que, no decurso da investigação, emergiu como relevante e associada ao nosso objeto de estudo. Foi redesenhada uma abordagem em que, após uma fase onde se pretendeu caracterizar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, evoluímos para a caracterização das principais áreas de cuidados de enfermagem prestados e dos ganhos em saúde obtidos (Cf. Pereira, 2007). Esta opção auxiliou a compreensão da forma como os ganhos em saúde obtidos nestas unidades interferem com a satisfação dos seus clientes, aspeto que nas entrevistas feitas na fase preliminar do estudo metodológico se mostrou ser um dos aspetos que influencia a satisfação dos clientes.

O objetivo geral do segundo estudo que concorre para a investigação reportada neste relatório foi: **Caracterizar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.**

A partir do objetivo geral, definimos como objetivos mais específicos:

- **Identificar padrões de variabilidade nos níveis de satisfação dos clientes.**
- **Explorar a relação entre as variáveis de caracterização dos clientes e os níveis da satisfação apurados.**
- **Relacionar a satisfação dos clientes com os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem.**

A análise preliminar dos dados relativos à satisfação dos clientes foi efetuada com recurso à estatística descritiva, de forma a sumariar os resultados. Com base nos pressupostos atrás referidos, depois de testada a normalidade dos resultados relativos à satisfação dos clientes, decidimos recorrer a testes paramétricos, para efeitos do trabalho inferencial de construção de um discurso orientado aos objetivos específicos do estudo. Assim, na estatística inferencial, foram realizados testes paramétricos, nomeadamente, *teste t de student*, *One Way ANOVA* com testes *post-hoc* de *Scheffe*, para verificar se existem ou não diferenças significativas entre grupos para as variáveis de satisfação em estudo.

A fim de possibilitar a aplicação dos testes paramétricos, foi necessária a agregação de respostas em algumas variáveis de caracterização, face ao baixo *N* verificado em algumas respostas. Foram exemplo as variáveis: *Estado Civil*, onde as várias possibilidades de resposta foram recodificadas em dois grupos “Casado” e “Não casado”; *Profissão*, recodificada em “Sem atividade profissional” e “Com atividade profissional”; e, finalmente, *Escolaridade*, recodificada em “Sem escolaridade” e “Com escolaridade”. Também, no sentido de procedermos a algumas sínteses e exploramos algumas relações entre os resultados, sentimos necessidade de proceder à computação de um *score global* de satisfação dos clientes. Este foi computado com base na média calculada a partir das médias obtidas em cada uma das dimensões da satisfação, que emergiram no primeiro estudo.

### **2.2.2.1 População e amostra**

A população e amostra que esteve na base do estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI foram as mesmas que nos permitiram proceder à verificação da fiabilidade do SATENF-ECCI. Assim, os resultados que iremos apresentar relativamente à satisfação dos clientes centram-se em 222 dos 296 casos assistidos nas quatro ECCI da ULSM, entre outubro de 2012 e maio de 2013.

Nesta secção do relatório procedemos à caracterização da amostra em estudo, tendo em consideração as variáveis de atributo dos clientes que integraram o estudo e, não, baseado apenas na caracterização do “respondente”. Importa salientar que, neste estudo, um caso pode incluir duas pessoas: o MFPC e o familiar dependente. Nesta caracterização recorreremos à descrição dos dois elementos que compõem cada caso. Desta forma julgamos estar a dar um retrato mais integrador e real da amostra estudada e, por inerência, da população em estudo.

No sentido de organizar a sua apresentação, estas variáveis foram agrupadas segundo: a “caracterização sociodemográfica”, a caracterização da “relação: pessoa dependente – MFPC” e, por último, a caracterização da “experiência e intensidade de cuidados prestados pelo MFPC”. Neste processo recorreremos aos dados de caracterização que dizem respeito ao momento da aplicação do questionário.



### Caracterização sociodemográfica

Da análise dos dados, verificou-se uma distribuição idêntica entre o sexo masculino e feminino das pessoas dependentes, 46,4% e 53,6% respetivamente. Já no que se reporta ao sexo dos MFPC foi encontrada uma grande diferença percentual, sendo que a maioria (79,3%) eram mulheres (Tabela 4), tal como na maioria dos estudos de caracterização dos familiares cuidadores demonstram. Tomar conta de dependentes no seio das famílias é “tarefa das mulheres” (Parente, 2013).

**Tabela 4.** Caracterização dos clientes em função do sexo

Sexo	Dependente		MFPC	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Masculino</b>	103	46,4	46	20,7
<b>Feminino</b>	119	53,6	<b>176</b>	<b>79,3</b>
Total	222	100	222	100

No que se refere à idade dos dependentes, verificou-se que a média de idades foi de 74,81 anos, com limite mínimo de 19 anos e máximo de 98 anos. Quanto aos MFPC, a média de idade apresentada foi de 54,28 anos, com um mínimo de 22 e máximo de 87 anos (Tabela 5).

**Tabela 5.** Caracterização dos clientes em função do sexo (em anos completos)

Idade	Dependente	MFPC
Média	<b>74,81</b>	54,28
Erro Padrão da Média	0,979	0,911
Desvio Padrão	14,593	13,579
Mínimo	19	22
Máximo	98	87
Total	222	222

Quanto ao estado civil dos participantes, verificou-se que a maioria (53,2%) dos dependentes eram casados ou em união de facto, enquanto cerca de 1/3 (35,6%) eram viúvos. Em relação aos familiares prestadores de cuidados, 74,8% eram casados / união de facto, sendo que os restantes 25,2% eram solteiros, viúvos ou divorciados / separados (Tabela 6).

**Tabela 6.** Caracterização dos clientes em função do estado civil

Estado Civil	Dependente		MFPC	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Casado(a) / União de Facto</b>	118	53,2	166	74,8
<b>Solteiro(a)</b>	19	8,6	21	9,5
<b>Viúvo(a)</b>	79	35,6	13	5,9
<b>Divorciado(a) / Separado(a)</b>	6	2,7	22	9,9
Total	222	100	222	100

Quase todos os elementos dos 222 casos da amostra tinham nacionalidade portuguesa (exceto uma das pessoas dependentes e dois MFPC). Quanto à profissão, destaca-se o facto de a esmagadora maioria (82%) das pessoas dependentes serem reformadas, em linha com aquilo que a larga maioria dos estudos disponíveis nos últimos anos nos revelam. Já os MFPC: 31,1% estavam reformados, 14,4% eram domésticos e 17,6% estavam desempregados (Tabela 7).

Tabela 7. Caracterização dos clientes em função da profissão

Profissão	Dependente		MFPC	
	Fre- quência	Percenta- gem	Fre- quência	Percenta- gem
<b>Grupo 1- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas</b>	0	0,0	1	0,5
<b>Grupo 2- Especialistas das profissões intelectuais e científicas</b>	0	0,0	13	5,9
<b>Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio</b>	1	0,5	13	5,9
<b>Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares</b>	1	0,5	15	6,8
<b>Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores</b>	6	2,7	16	7,2
<b>Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas</b>	1	0,5	1	0,5
<b>Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares</b>	3	1,4	7	3,2
<b>Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem</b>	2	0,9	2	0,9
<b>Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados</b>	5	2,3	13	5,9
<b>Grupo 10 - Membros das Forças Armadas</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Grupo11 - Estudante</b>	0	0,0	0	0,0
<b>Grupo12 - Desempregado</b>	5	2,3	<b>39</b>	<b>17,6</b>
<b>Doméstico</b>	11	5,0	<b>32</b>	<b>14,4</b>
<b>Reformado</b>	<b>182</b>	<b>82,0</b>	<b>69</b>	<b>31,1</b>
<b>Outra</b>	5	2,3	1	0,5
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

De uma forma mais global, 10,8% dos dependentes e 36,9% dos MFPC tinham uma atividade profissional ativa (Tabela 8).

Tabela 8. Caracterização dos clientes em função da atividade profissional

Atividade Profissional	Dependente		MFPC	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Com atividade profissional</b>	<b>24</b>	<b>10,8</b>	<b>82</b>	<b>36,9</b>
<b>Sem atividade profissional</b>	198	89,2	140	63,1
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

Das pessoas dependentes, 18,9% referiu não saber ler, nem escrever; e 11,7% não tinham o 1º ciclo do ensino básico completo. A maioria (67,6%) referiu ter um dos ciclos do ensino básico completos. Em relação aos MFPC, verificou-se que 13,1% tinham formação de nível superior e, destes, 10 (4,5%) era na área da saúde. A maioria (83,4%) referiu, também, ter um dos ciclos do ensino básico de escolaridade (Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização dos clientes em função da escolaridade

Nível de Escolaridade	Dependente		MFPC	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Não sabe ler, nem escrever	42	18,9	4	1,8
Sabe ler e escrever, sem 1º ciclo do ensino básico completo	26	11,7	4	1,8
Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)	107	48,2	84	37,8
Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	17	7,7	31	14,0
Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	16	7,2	27	12,2
Ensino secundário (11 ou 12 anos)	10	4,5	43	19,4
Ensino superior	4	1,8	29	13,1
Total	222	100	222	100
Curso Superior na área da saúde	2	0,9	10	4,5

O perfil sócio demográfico da amostra estudada, naquilo que se refere, quer ao dependente quer ao familiar cuidador, está em linha com os múltiplos resultados dos diferentes estudos que, de alguma forma, se focam na mesma problemática.

#### Caracterização da relação: pessoa dependente – MFPC

Relativamente ao grau de parentesco, quase metade dos MFPC (46,8%) eram filhos da pessoa dependente, sendo que outros 25,2% eram marido ou mulher. Dos 222 casos estudados, em 41,9% o familiar cuidador não coabitava com o seu familiar dependente, antes do episódio que determinou assistência por parte da ECCI. Destes, 40 (43%) passaram a coabitar (Tabela 10). Estes resultados, atendendo ao facto da maioria (53,2%) dos dependentes serem casados ou em união de facto, podem significar que os conjugues destes dependentes não tinham capacidade, efetiva, para assumir o papel de prestador de cuidados, existindo a necessidade de um dos seus filhos assumir esta responsabilidade.

**Tabela 10.** Caracterização dos clientes em função do: grau de parentesco do MFPC, coabitação com a pessoa dependente e se passou a coabitar

<b>Grau de Parentesco do MFPC</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Filho(a)</b>	<b>104</b>	<b>46,8</b>
<b>Marido / Mulher</b>	<b>56</b>	<b>25,2</b>
<b>Pai / Mãe</b>	5	2,3
<b>Sobrinho(a)</b>	13	5,9
<b>Vizinho(a) / Amigo(a)</b>	7	3,2
<b>Outro</b>	2	0,9
<b>Genro / Nora</b>	17	7,7
<b>Neto(a)</b>	7	3,2
<b>Irmão / Irmã</b>	7	3,2
<b>Família de Acolhimento Particular</b>	2	0,9
<b>Cunhado(a)</b>	2	0,9
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

<b>Coabitação antes do episódio que motivou a integração na ECCI</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sim</b>	129	58,1
<b>Não</b>	<b>93</b>	<b>41,9</b>
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

<b>Passou a coabitar</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Sim</b>	<b>40</b>	<b>43,0</b>
<b>Não</b>	53	57,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Dos 53 casos que continuaram a não coabitar, em média, residiam a uma distância de cerca de 4 quilómetros (Tabela 11).

**Tabela 11.** Caracterização dos clientes em função da distância entre residências (em metros), quando o MFPC não passou a coabitar

<b>Distância entre residências (em metros), quando o MFPC não passou a coabitar</b>	
Média	4182,91
Desvio Padrão	6682,661
Mínimo	20
Máximo	45000
Total	53

### **Caracterização da experiência e intensidade de cuidados prestados pelo MFPC**

Sobre a experiência anterior do MFPC, 68% não tinham experiência anterior enquanto cuidadores informais de um familiar dependente, o que nos coloca perante cenários em que uma dimensão importante dos cuidados de enfermagem no contexto das ECCI se centre na “capacitação dos familiares cuidadores” (Tabela 12).

Tabela 12. Caracterização dos MFPC em função da experiência anterior enquanto cuidador

Experiência anterior como cuidador	Frequência	Porcentagem
Sim	71	32,0
Não	151	68,0
Total	222	100

Relativamente à intensidade de cuidados prestados pelos familiares cuidadores merece destaque o facto de, em média, cada um deles, dispensar cerca de 84 horas semanais ao dependente (Tabela 13).

Tabela 13. Caracterização dos clientes em função: do número de pessoas que prestaram cuidados à pessoa dependente; número de pessoas com dependência a cargo do MFPC e total de horas semanais que o MFPC dedicou ao cuidado da pessoa dependente

	N.º de pessoas que prestaram cuidados à pessoa dependente	N.º de pessoas com dependência a cargo do MFPC	Total de horas semanais que o MFPC dedicou ao cuidado da pessoa dependente
Média	1,77	1,16	83,94
Desvio Padrão	0,899	0,412	60,356
Mínimo	1	1	7
Máximo	7	4	168
Total	222	222	222

Os dados sintetizados na tabela anterior são relevantes, na medida em que ser cuidador informal é uma tarefa exigente. Tarefa que merece maior atenção, por parte da comunidade, nomeadamente naquilo que se reporta aos apoios que lhe são devidos. Daqui resulta que os ganhos em saúde que se operam, nestes clientes dependentes e familiares cuidadores, devem ser um eixo central das respostas que são oferecidas a estas famílias.

#### **2.2.2.2A satisfação dos clientes face aos ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

Na atualidade, é indiscutível a necessidade de transformar a complexidade da informação disponível em indicadores capazes de nos elucidar sobre a qualidade dos serviços de saúde e, por consequência, contribuindo para a sua melhoria contínua. Para se poder medir um “ganho em saúde” revela-se necessária a definição das métricas ou dos indicadores capazes de os (aos ganhos em saúde) monitorizar. A este respeito, Bittar (2001) refere que as “(...) informações são imprescindíveis (...), principalmente quando transformadas em indicadores que se prestam a medir a produção de programas e serviços de saúde bem como a estabelecer metas a serem alcançadas para o bem-estar da população” (p.21).

Como já dito anteriormente emergiu como pertinente, no segundo estudo que concretiza a nossa investigação, relacionar a satisfação dos clientes das ECCI com os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Desta forma reconhece-se o

papel que os ganhos em saúde podem ter na satisfação dos clientes, colocando as modificações nas condições de saúde como uma “variável” associada à satisfação dos clientes dos cuidados de enfermagem.

#### 2.2.2.2.1 Conceito de ganho em saúde

A definição de ganho em saúde, de acordo com a Direção Geral da Saúde, “(...) é internacionalmente adotada como enunciado positivo de um desejo, sempre presente, de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde (...)” (DGS, 2002, p.14). Segundo este organismo, é um termo utilizado para se referir a, por exemplo: ganhos em anos de vida; redução do número de episódios de doenças ou encurtamento da sua duração, diminuição das sequelas e incapacidades funcionais, entre outros. Estes “outros” podem ser operacionalizados e concretizados em abordagens “mais finas”, tomando por foco aspetos da saúde centrados no contributo singular da enfermagem para a saúde dos clientes (Pereira, 2007).

Para a medição de ganhos em saúde, revela-se necessário definir os respetivos indicadores que permitem medir o alcance desses mesmos ganhos. Nesse sentido é frequente a utilização das terminologias: indicadores de saúde negativos e indicadores de saúde positivos. Tradicionalmente, os indicadores de saúde negativos referem-se a aspetos da saúde que são indesejáveis. São exemplo, as taxas de mortalidade e as taxas de morbilidade. Já os indicadores de saúde positivos surgem associados à quantificação de dimensões da saúde como o bem-estar, a qualidade de vida ou anos de vida que deixam de ser perdidos (Pereira, 2007). Segundo a DGS (2002), este último tipo de indicador de saúde tem sido associado ao “conceito de ganho em saúde”.

Outra forma de caracterização de indicadores é preconizada por Donabedian (2003). Resultante dos seus trabalhos em torno da qualidade em saúde, emergem indicadores de saúde centrados: na estrutura, no processo e no resultado (Donabedian, 2003). Os indicadores de estrutura podem sintetizar-se como as condições em que os cuidados de saúde são prestados, medindo aspetos relativos, por exemplo: aos recursos materiais e humanos existentes, as metodologias de organização e distribuição do trabalho ou, outro exemplo, o número de vagas ou camas disponíveis. Já os indicadores de processo, dizem respeito aos cuidados prestados pelos próprios profissionais de saúde. São alguns exemplos, incluídos nos indicadores de processo: aspetos relativos às atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação; preparação do cliente em termos cognitivos; terapêuticas médicas e cirúrgicas; ou, até mesmo, atividades desenvolvidas pelas famílias juntos dos próprios clientes. Por último, os indicado-

res de resultado definem-se como as modificações verificadas no cliente, desejadas ou indesejadas, atribuíveis aos cuidados de saúde prestados. Também pode dizer-se que, os indicadores de resultado medem os efeitos da combinação dos fatores envolventes, de estrutura e de processo, na condição de saúde dos clientes (Idem, Ibidem).

Na especificidade dos serviços e dos cuidados de enfermagem, desde há cerca de 10 a 15 anos que assistimos à necessidade da definição de indicadores “sensíveis aos cuidados de enfermagem”. Já em 2004, a Ordem dos Enfermeiros, após a definição dos padrões de qualidade, recomendava a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados contribuindo, assim, como para a monitorização dos ganhos em saúde nos clientes dos serviços (OE, 2004). Em 2007, Pereira apontava para a necessidade de existirem “(...) *sínteses informativas mais finas, orientadas para a singularidade dos cuidados de enfermagem (...)*”, para se poder promover a qualidade em saúde, por via do desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros (p.72).

Um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, “*representa um estado, um comportamento ou uma perceção do indivíduo, da família ou da comunidade, o qual é medido continuamente em resposta a uma intervenção de enfermagem*” (Moorhead, Johnson & Maas, 2008, p.XXI). As mesmas autoras acrescentam que um resultado, para ser medido, carece de um ou mais indicadores específicos para determinar o estado do cliente em relação a esse mesmo resultado. Neste contexto, os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, no limite, podem ser “*negativos*”, “*nulos*” ou “*positivos*”, conforme seja o resultado da comparação do estado do cliente em relação a um mesmo aspeto de saúde, em momentos distintos (Pereira, 2007).

A delimitação do conceito de “sensibilidade” aos cuidados de enfermagem é algo que merece ser, desde já, clarificado. Sabemos que os cuidados de saúde se situam, habitualmente, num contexto multiprofissional e que os resultados obtidos podem ser condicionados por vários fatores envolventes. Não obstante, no contexto das ECCI, os cuidados de saúde prestados são, em grande medida, cuidados de enfermagem – pelo que se eleva a pertinência de nos passarmos a referir a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, conforme previsto no conceito de Moorhead, Johnson e Maas (2008). Ainda, estas autoras, referem-se a resultados específicos para as disciplinas. Estes resultados “(...) *refletem a prática e os padrões de uma disciplina de cuidados de saúde e são importantes para a avaliação do desempenho e da qualidade dessa prática*” (Idem, 2008, p.48). Defendem que, é importante que cada disciplina identifique e meça os resultados do cliente – que são *mais influenciados*

*pela sua prática* –, de forma a aumentar o conhecimento sobre eles e a assegurar a melhoria da qualidade (Idem, Ibidem). Também, com efeitos práticos, o conceito de ganho em saúde, na lógica de Donabedian (2003), pode ser visto como um resultado – que é medido através das alterações nos indicadores da condição de saúde do cliente. Ou seja, neste estudo, serão utilizados os indicadores de enfermagem em determinadas condições de saúde, sensíveis à dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros.

Para a definição dos indicadores associados aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, tornou-se necessário analisarmos os diagnósticos de enfermagem identificados, pelos enfermeiros, na mesma amostra de clientes que foi alvo da aplicação do formulário SATENF-ECCI. Para esta análise tivemos como principais objetivos: 1) Identificar as principais necessidades em cuidados de enfermagem da população em estudo; 2) Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nas áreas relativas àquelas necessidades.

No contexto dos cuidados de enfermagem portugueses, os trabalhos desenvolvidos por Silva (2001) e Sousa (2005) têm vindo a evidenciar a importância da informação associada aos cuidados de enfermagem para, entre outros contributos, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações e para a qualidade dos serviços. Segundo Silva (2001), a informação documentada nos sistemas de informação de enfermagem permite gerar indicadores de enfermagem e, conseqüente, reflexão sobre a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Nesta sequência, Pereira (2007) definiu um modelo de agregação de dados, resultante da informação válida documentada pelos enfermeiros no sistema de informação *SAPE*, relativo aos diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem. Este modelo, incorporando os conceitos de ganho em saúde, permite gerar indicadores relativos aos cuidados de enfermagem, nomeadamente indicadores de “ganhos ou resultados sensíveis” à ação terapêutica dos enfermeiros. Foi com base no modelo descrito por Pereira (2007) que procedemos à computação dos indicadores de ganhos em saúde.

É com base nestes pressupostos que passaremos a descrever a forma como foram definidos os indicadores de enfermagem e os respetivos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, no contexto do estudo que foi desenvolvido. Nesta parte da investigação, centrámo-nos na definição dos indicadores de resultado de enfermagem – que permitiu conhecer a centralidade dos cuidados de enfermagem e configurar os ganhos em saúde, no contexto das ECCI.



#### 2.2.2.2.2 Definição dos indicadores de ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI

Para o cálculo dos indicadores de ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI foi feita, de forma retrospectiva, desde a admissão até à alta da ECCI, a análise aos diagnósticos de enfermagem documentados e da sua evolução (resultados) de todos os casos que acabaram por constituir a amostra. Estes enunciados de diagnóstico e de resultado foram documentados pelos enfermeiros, através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (*SAPE*), o que permitiu inferir os ganhos em saúde numa lógica de enfermagem (Pereira, 2007). Esta metodologia está, também, em linha com os trabalhos desenvolvidos por Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001). Nestes estudos já eram apontados exemplos de indicadores de enfermagem que poderiam ser obtidos a partir dos dados documentados nos sistemas de informação de enfermagem em uso. Desta maneira, experienciase a utilidade da análise dos resultados de enfermagem para a gestão (Donabedian, 2003).

Segundo Pereira (2007), a descrição da frequência dos diagnósticos de enfermagem assume particular importância para a caracterização das necessidades em saúde da população. Refere ainda que, este tipo de indicadores, é ainda mais relevante quando “(...) *a prioridade assumida em Portugal para o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados, põe em relevo os cuidados de enfermagem*” (p.227). As considerações do autor alcançam total significado no contexto em que se insere esta investigação – os cuidados continuados na comunidade – servindo de orientação para a metodologia que foi adotada nesta investigação.

Foram identificados, nos 222 casos incluídos no estudo, um total de 9.258 enunciados de diagnóstico de enfermagem, aos quais estavam associadas 389.290 intervenções autónomas de enfermagem documentadas pelos enfermeiros no *SAPE*. Foram excluídas da análise os dados relativos à monitorização e vigilância e as atividades de diagnóstico documentadas, nos termos propostos por Pereira (2007). Esta opção deve-se ao facto de se considerar que as intervenções do tipo “observar” (ICN, 2011) não são capazes de produzir ganhos (modificações) altamente sensíveis à ação terapêutica dos enfermeiros.

Estes registos analisados corresponderam a 14.926 contactos efetuados pelos enfermeiros, o que dá uma média de 67,23 contactos por caso, respeitantes ao período de integração dos 222 casos nas respetivas ECCI. Foram admitidos, para efeito da análise dos ganhos em saúde, o último episódio de integração na ECCI que o caso teve no período em análise – ao qual dizia respeito, também, a aplicação do formulário. Existiam, na depuração feita ao período

referido, clientes com uma a três integrações. Os casos com mais do que uma integração em ECCI (13 casos) detinham registos relativos a duas ou três integrações.

Sobre os contactos efetuados estes foram encontrados nos registos segundo a tipologia: “Presencial” ou “Não presencial”. Os contactos “Presenciais”, 12.893 (86,38%), foram efetuados no domicílio dos clientes. Relativamente aos contactos com os clientes efetuados de forma “Não presencial”, encontrou-se um total de 2.033 (13,62%) contactos, que variaram entre várias formas de especificação, nomeadamente por telefone e, por correio eletrónico.

Dos 222 casos estudados existiram cinco casos que não apresentavam registos de diagnósticos de enfermagem no *SAPE*, a fonte da informação utilizada. Podem ter sido efetuados apenas num outro programa paralelo – o *GestCare*® –, referente ao registo da atividade dos profissionais e dos serviços da RNCCI. Também, podem ter tido apenas registo de atitudes terapêuticas, prescritas por outros profissionais, executadas pelos enfermeiros, mas que não foram alvo da nossa análise. Assim, para efeitos da análise dos indicadores, passámos a contar, apenas, com 217 casos.

Os dados foram solicitados à instituição onde se desenvolveu o estudo e foram fornecidas as listagens, em ficheiro *Microsoft Excel*® 2010. Os dados solicitados foram: Data de admissão e alta da ECCI; Contactos realizados no âmbito das ECCI da ULSM; Focos utilizados nos enunciados dos diagnósticos de enfermagem; diagnósticos e intervenções de enfermagem documentadas, com data de início e termo. Qualquer destes dados, não incluíam qualquer dado identificativo dos clientes, pois, no desenrolar da colheita de dados sobre a satisfação, efetuámos a codificação dos casos que integraram o estudo – para possibilitar a ligação entre as várias fontes dos dados e as variáveis relativas a cada caso.

Os dados fornecidos em folhas de cálculo do *Microsoft Excel*® 2010, foram importados para uma base de dados construída em *Microsoft Access*® 2010 – onde foram trabalhados, de acordo com o modelo proposto por Pereira (2007), para efeitos da computação dos “ganhos em saúde”. Posteriormente, depois de calculados os ganhos em saúde, este material foi exportado para o *IBM SPSS Statistics 21*® (*Statistical Package for the Social Sciences*), para se poder passar à análise estatística dos ganhos em saúde e sua associação com a satisfação dos clientes.

O modelo defendido por Moorhead, Johnson e Maas (2008), também utilizado no estudo de Pereira (2007), tem em consideração a análise das intervenções de enfermagem realizadas para a definição e medição dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem, face ao seu elevado número, tivemos de tomar decisões sobre a metodologia de análise dos dados – no sentido de estes se traduzirem em indicadores e poderem ser geridos e tratados estatisticamente. O cálculo dos indicadores, como já vimos, implica que se tenham, pelo menos, dois registos de enunciados relativos a cada diagnóstico – para se poder verificar a sua evolução. Exceção para os casos em que o diagnóstico manteve o seu *Status* do Juízo, não existindo um segundo enunciado relativo ao diagnóstico. Assim, os enunciados foram organizados por proximidade semântica, sendo-lhes atribuído um código de resultado, em que os códigos: *0* significa que “manteve o estado do diagnóstico”; *1*, que “melhorou o estado do diagnóstico”; e, por último, o *-1* significou que “piorou o estado do diagnóstico” – na comparação do primeiro com o último juízo (Pereira, 2007), independentemente do número de opiniões clínicas ao longo do episódio de integração na ECCI. Os casos em que o diagnóstico manteve o *Status* do Juízo clínico foram considerados como “*manteve*”.

Esta forma de classificar os ganhos obtidos em três níveis – melhorou, estabilizou e piorou – alinha com o proposto por Saba (1992, Cit. por Moorhead, Johnson & Maas, 2008) para medir os estados de alta, com recurso à Classificação dos Cuidados de Saúde Domiciliária. De uma forma idêntica, Moorhead, Johnson e Maas (2008) definem a mudança no *Score* de avaliação dos resultados, como a diferença entre a avaliação prévia do resultado e a avaliação pós-intervenção. Esta alteração pode ser: positiva, negativa ou não haver mudança. Quer isto significar que procedemos de acordo com aquilo que é consensual, no seio da comunidade científica, para efeitos da computação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Suportados pelos princípios atrás descritos, no sentido de reduzir os níveis de abstração da medição dos resultados (Moorhead, Johnson & Maas, 2008), adotámos a classificação de três níveis para visibilizar o conhecimento sobre a evolução de todos os diagnósticos de enfermagem documentados e, por essa via, os indicadores de ganhos em saúde (Anexo 5).

Como se percebe da consulta do anexo cinco, os indicadores que nos interessaram, até em função da natureza dos casos assistidos nas ECCI, referem-se, no que respeita ao **familiar dependente**, a:

- **Ganhos em capacidades de desempenho** dos dependentes. Estes ganhos reportam-se à aquisição de habilidades e capacidades instrumentais, por parte da pessoa dependente, para lidar com os compromissos nos requisitos universais de autocuidado e prevenção de complicações.

- **Ganhos em conhecimentos** dos dependentes. Estes ganhos reportam-se à aquisição de conteúdos cognitivos, por parte da pessoa dependente, para lidar com os compromissos nos requisitos universais de autocuidado e, essencialmente, prevenir complicações;
- **Ganhos em autonomia / independência** nos requisitos universais de **autocuidado**. Estes ganhos reportam a evolução da dependência, propriamente dita, relativamente a cada um dos domínios do autocuidado em que foram identificados diagnósticos de enfermagem.
- **Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão**. Estes ganhos traduzem a efetividade na prevenção das úlceras de pressão, no universo dos casos a quem foi identificado o risco de úlcera de pressão.
- **Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem (“outros”)**. Estes ganhos traduzem a evolução do estado de todos os diagnósticos de enfermagem que foram documentados e que não se inscrevem em nenhuma das categorias anteriores. Aqui estão incluídas as evoluções de diagnósticos como: os compromissos da limpeza das vias aéreas, do equilíbrio, das feridas, entre outros.

No que se reporta aos **familiares cuidadores**, os indicadores gerados centram-se nas seguintes áreas:

- **Ganhos em capacidades de desempenho** dos MFPC. Estes ganhos reportam-se à aquisição de habilidades e capacidades instrumentais, por parte dos familiares cuidadores, para assistir a pessoa dependente, face aos compromissos nos requisitos universais de autocuidado e à prevenção de complicações.
- **Ganhos em conhecimentos** dos MFPC. Estes ganhos reportam-se à aquisição de conteúdos cognitivos, por parte dos familiares cuidadores, para assistir a pessoa dependente, face aos compromissos nos requisitos universais de autocuidado e à prevenção de complicações.
- **Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados**, nomeadamente naquilo que se refere à evolução do “*stress* do prestador de cuidados” e ao “envolvimento / adequação” no exercício do papel.

No sentido de reduzir a dispersão dos enunciados a utilizar para a construção destes indicadores e de possibilitar a análise estatística, eliminaram-se os diagnósticos de enfermagem com  $N \leq 5$  ocorrências – pois interessava-nos identificar os cuidados mais relevantes neste contexto.

Para definir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, inicialmente, os indicadores foram organizados por focos (Anexo 5). Daí, emergiram as oito categorias de ganhos em saúde que apresentamos e que correspondem a uma lógica de agregação e organização dos resultados, com potencial de facilitação do processo de análise e associação entre a satisfação dos clientes e aqueles “resultados de enfermagem” (Anexo 6).

Os diagnósticos de enfermagem que se encontram integrados nestes “Indicadores por domínios” foram categorizados por proximidade semântica e por domínios, de cada uma destes indicadores. Foi, ainda, com base nesta organização, por oito domínios, que foram explorados os testes estatísticos e efetuadas as relações entre os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI e a satisfação dos clientes. Para tal, foi necessário proceder, em cada caso, à computação do *Score* global dos ganhos em cada um dos oito domínios de resultados. Este score corresponde ao somatório dos ganhos verificados (ganhos nulos, positivos e negativos) em cada um dos indicadores específicos (diagnósticos) que integraram cada um dos oito domínios, que aqui designamos por “Indicadores por domínios”.

A definição dos indicadores, para além de servirem como importantes ferramentas de gestão, possibilitou o estudo da relação entre a satisfação dos clientes e os ganhos em saúde “sensíveis aos cuidados de enfermagem” prestados pelas ECCI, que será apresentado, adiante, no capítulo dos resultados.

### **2.3 Considerações éticas**

Uma investigação implica uma atenção contínua, por parte do investigador, sobre todos os procedimentos para com os participantes de um estudo. A investigação em enfermagem envolve, habitualmente, pessoas pelo que os seus interesses e bem-estar devem prevalecer sobre o interesse da sociedade ou da ciência. Em relação aos participantes os aspetos a assegurar incluem a salvaguarda da sua vulnerabilidade, o consentimento informado, a confidencialidade da informação e, se possível, o anonimato. Nesta investigação tivemos dois grandes momentos de contacto com clientes participantes, o primeiro centrado nas entrevistas exploratórias sobre as expectativas e, o segundo, centrado na aplicação do formulário SATENF-ECCI. Em ambos os momentos, com as suas especificidades e contextualização, tivemos presente os princípios éticos na interação com as pessoas. Foi também formalizado o pedido de autorização à instituição onde o estudo foi desenvolvido, que foi concedida em 16

de novembro de 2010, com parecer favorável da Comissão de Ética da ULSM, EPE (Anexo 7).

Os clientes de uma ECCI, antes, durante ou após a alta da ECCI estão por norma em situação de vulnerabilidade. As dificuldades das famílias em gerirem o processo de tomar conta do seu familiar dependente mantêm-se e, algumas, vezes até se podem encontrar em processo de luto pelo facto de o óbito da pessoa dependente ter sido o motivo desta alta. Estes e outros aspetos foram tidos em consideração, no sentido de não causar qualquer constrangimento ou desconforto com a colocação de questões relacionadas com o cuidado que, conforme o momento da colheita de dados, esperava ser prestado ou que foi efetivamente prestado.

No contacto com os participantes, foram tidos em consideração os princípios éticos que envolvem uma investigação com pessoas. Passamos a enunciar os domínios que nortearam a nossa conduta, conforme sugerem Polit, Beck e Hungler (2004):

***Clarificar os benefícios e prejuízos da participação no estudo;***

Não se detetaram prejuízos para os participantes do estudo – tanto para os familiares, como para os clientes dependentes. Foi dada a garantia que a qualidade da assistência que recebem, ou que poderão vir a receber, não seria de todo afetada pelo facto de participar, ou não, no estudo.

***Enfatizar o carácter voluntário da participação;***

A decisão de participar neste estudo foi voluntária e, apesar de não ter acontecido, os participantes podiam mudar a sua decisão em qualquer momento do estudo. Na fase de entrevistas sobre as expectativas, todos os participantes convidados aceitaram participar no estudo. Na fase de aplicação do formulário SATENF-ECCI, apenas um participante recusou participar. Na resposta ao formulário, todos os participantes aceitaram responder por telefone e, inclusive, foi esmagadora a preferência por esta metodologia.

***Assegurar a dignidade dos participantes e o respeito com que serão tratados;***

Foi previsto que sempre que se considerasse estar a causar algum tipo de incómodo, seja por que técnica de inquirição fosse, seria suspensa imediatamente a recolha de dados. Para tal, tivemos em atenção os sinais verbais e não verbais dos participantes face ao nível de desconforto com as questões colocadas.

**Assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes;**

Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados, através da não associação de nomes aos dados, recorrendo à atribuição de códigos de identificação. Recorreu-se à gravação áudio das entrevistas. Como tal, outra preocupação foi assegurar a destruição das gravações, após cumpridas todas as fases e formalidades da investigação.

**Assegurar o consentimento informado dos participantes;**

No convite para participar no estudo foi incluído um conjunto de informações sobre o estudo e sobre as garantias de respeito pelos aspetos éticos (confidencialidade dos dados, benefícios e prejuízos pela participação no estudo). Assim, foi explicitado todo o processo de recolha de dados, a forma de análise e como pretendemos publicar os resultados. Esta explicação foi dada ao participante para que este tivesse toda a informação necessária para a sua tomada de decisão. Informar sobre o estudo, implica dar informações apropriadas, assegurando que os potenciais participantes compreendem a informação e têm possibilidade de livre escolha – participando voluntariamente (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O consentimento informado garantiu a aceitação voluntária e informada de participação no estudo, em qualquer das etapas e técnicas de recolha de dados usadas na investigação. A obtenção do consentimento informado no qual os participantes manifestaram a sua vontade em participar – foi um dos critérios para seleção dos casos. Se, depois de iniciarmos a recolha de dados, o participante manifestasse vontade em desistir, procedia-se à anulação do caso. Segundo Streubert e Carpenter (2002) o formulário de consentimento informado deve incluir uma declaração amplamente definida da vontade do participante em fazer parte do projeto e em cooperar com o investigador. Nesta investigação, a formalização do consentimento, foi conseguida através da sua assinatura por parte do investigador e de cada um dos participantes – no que se refere às entrevistas. Relativamente à aplicação do formulário por telefone, foi considerada a obtenção do consentimento informado através da anuência em responder ao inquérito no momento em que se estabeleceu o contacto.

Embora, *à priori*, estivesse garantida a decisão informada, era possível que nos deparássemos com problemas ou dilemas éticos durante a execução do projeto. Se tal acontecesse, estava prevista a consulta imediata da Comissão de Ética da Instituição onde se desenvolveu o estudo, no sentido de procurar o melhor aconselhamento para resolver o problema. Também assumimos que, no relatório final, seriam relatados todos os incidentes e questões éticas

com que nos deparássemos no decorrer do estudo – para proporcionar discussão, análise e prevenção de erros futuros.

## 2.4 Referências

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Porto: Universidade Aberta.

Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Edição ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.

Bittar, O. (2001) – Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 3(12), 21-28.

Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Califónia: Sage.

Despacho n.º 10143/2009. Diário da República, 2.ª Série, 74 (16-04-2009), 15438-15441.

Direção-Geral da Saúde – DGS. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2ª Edition ed.). London: Sage Publications.

Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). *Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Recuperado em 1 de setembro de 2015, através de [http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/28/03.htm#\\_ftn2](http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/28/03.htm#_ftn2)

Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnica de pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.

Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Guba, E. G. (1990). The alternative paradigm dialogue. In E. G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 17-30). Newbury Park, CA: Sage.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 18, 59-82.



- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ketele, J. D., & Roegiers, X. (1999). *Metodologia de recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Krueger, R. A. (1998). *Analyzing & reporting focus group results* (Vol. 6). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups - a practical guide for applied research* (4.ª ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kuhn, K. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. In International Encyclopedia of Unified Science (p.iii-210). Chicago: The University of Chicago
- Marôco, J. P. (2003). *Análise Estatística com a utilização do SPSS* (1ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Marôco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas* (1ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ordem dos Enfermeiros – OE. (2004). Quadro de referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13(Supl.), 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros – OE. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3opublicadaOrdemdosEnfermeiros.aspx>
- Parente, P. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho do Porto* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.
- Peck, M. B. [et al.] (2001). Measuring Patient Expectations: Does the Instrument Affect Satisfaction or Expectations?. *Medical Care*, 39(1), 100–108.
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, J. Q., Farias, T. M., & Abe-Lima, J. Y. (2013). Painel de especialistas e estratégia multimétodos: Reflexões, exemplos, perspectivas. *Psico*, 44(2), 184-192.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud* (5ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Raftopoulos, V. (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nursing Web Journal*, 22, 1-15.

Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem - Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João

Santos, L. (2002). A investigação e os seus implícitos: contributos para uma discussão. In, J. A. Murillo, M. Petra, R. Escolano, & J. M. Gairín (Eds.), *Actas del VI Simposio de la SEI-EM* (pp. 157-170). Logroño: Sociedad Española de Investigación en Educación Matemática, SEIEM.

Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Sousa, P. (2005). *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Sousa, P. [et al.] (1999). Projecto EnfInCo. Administração Regional de Saúde do Norte. Sub-Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João 5vol.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of fator analysis in counselling psychology research. *Journal of Counseling*

### **3. *Apresentação e discussão dos resultados***

A qualidade dos cuidados tem sido um assunto amplamente investigado em várias áreas da saúde. No entanto, a qualidade dos cuidados a partir da perspectiva do cliente, especialmente em contexto domiciliário, só mais recentemente tem sido encarada como uma necessidade de investigação. Conforme Nadarević-Stefanec, Malatestinić, Mataija-Redzović e Nadarević (2011), a natureza multidisciplinar dos serviços de cuidados de saúde prestados em casa apresenta desafios para a medição da qualidade que diferem daquelas encontradas em ambiente hospitalar ou de cuidados de saúde primários mais tradicionais.

Neste capítulo pretende-se apresentar e discutir os resultados da investigação desenvolvida. A exposição dos resultados será associada da reflexão e da comparação com outros estudos considerados relevantes, dando resposta aos objetivos e à finalidade da investigação. Os dados, sempre que se justifique, são apresentados com recurso a tabelas, acompanhadas de informações que tentam elevar a sua compreensão. Iniciar-se-á, a sua apresentação, pelos aspetos principais que acompanharam a criação do instrumento de medida da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Seguidamente, revela-se a forma como se configurou a satisfação na amostra estudada e como se relaciona com as características da população e os ganhos em saúde obtidos com os cuidados de enfermagem prestados nestas ECCI.

#### **3.1 *Estudo metodológico – construção do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI***

À semelhança da organização seguida na metodologia, relativamente ao estudo central nesta investigação – estudo metodológico –, começamos por apresentar e discutir os resultados da etapa preliminar da construção do instrumento, seguidos dos resultados obtidos em relação à fiabilidade e validade das subescalas do formulário. Posteriormente, apresentam-se os resultados do estudo de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, onde se inclui: a satisfação global dos clientes; a satisfação por dimensões; o valor

preditivo de cada dimensão para a satisfação global; e, por último, a associação da satisfação com os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

### **3.1.1 Da etapa preliminar da construção do instrumento de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

Relativamente à etapa preliminar do estudo metodológico, apresenta-se e discute-se o percurso que permitiu a construção do instrumento de medida. Aqui foram considerados os aspetos de natureza metodológica referentes à sua criação. O estudo de natureza qualitativa desenvolvido forneceu a perspetiva dos clientes das ECCI, baseado nas entrevistas realizadas, e a perspetiva dos enfermeiros, através do painel de peritos mobilizado. Este trajeto permitiu encontrar uma proposta da versão preliminar do SATENF-ECCI.

#### **3.1.1.1 A perspetiva dos clientes**

Passamos à caracterização dos participantes nas entrevistas exploratórias, relativas às expectativas que os clientes apresentavam face aos cuidados prestados pelas ECCI, seguida da análise de conteúdo dos seus discursos. Realçamos o facto de, ao longo das entrevistas, não termos identificado grandes diferenças na forma como, quer a pessoa dependente quer o familiar cuidador (MFPC), fazem a representação das expectativas com os cuidados de enfermagem. Assim, podemos considerar que a opinião de ambos os tipos de participantes foi sobreponível e não sobressaíram diferenças entre as suas expectativas.

Dos dez casos em análise, tendo entrevistado 11 participantes, existiram dois participantes que partilharam a caracterização das variáveis atributo, pelo motivo de ter sido realizada a entrevista tanto à pessoa dependente (5DC) como ao seu Prestador de Cuidados (6PC). Assim, no que respeita à caracterização dos participantes (Anexo 8), não duplicámos a informação relativa a estes dois casos – por se referirem ao mesmo dependente.

Relativamente à caracterização geral dos participantes, quatro pessoas foram entrevistadas no Serviço de Medicina, três no Serviço de Cirurgia e quatro numa das ECCI, todos estes serviços pertencentes à ULSM. A média de dias de internamento dos dependentes incluídos no estudo, no serviço atual de prestação de cuidados, foi de 93,9 dias.

Foi referido, a maior parte das vezes, que o número total de MFPC era de dois – embora tenha variado entre uma e cinco pessoas que assumiam o papel de prestadores de cuidados

da pessoa dependente. Na maioria dos casos entrevistados, o MFPC e dependente coabitavam.

Pela análise dos processos das pessoas dependentes, na maioria dos casos, o dependente foi referenciado, para a RNCCI, pelo Serviço de Medicina (7 casos). Dois foram referenciados por um Serviço de Cirurgia e um por uma USF. No momento da realização das entrevistas, a maior parte dos dependentes apresentava menos de duas semanas a aguardar ingresso numa ECCI. Destaca-se, ainda, que quatro dependentes já tinham tido duas referências para uma ECCI, o que nos permitiu, ter uma visão retrospectiva de clientes já anteriores utilizados dos serviços de ECCI. Desta forma foi-nos possível conhecer “expectativas” e, pelo exposto, “experiências vividas”.

Verificou-se também que todos os dependentes dos casos entrevistados, nesta fase preliminar, eram de nacionalidade portuguesa e residiam no Concelho de Matosinhos. Seis eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Todos estavam reformados, exceto um que estava impossibilitado de trabalhar por deficiência mental profunda.

A idade média dos dependentes era de 75 anos e a sua escolaridade, na esmagadora maioria, era inferior a quatro anos. Apenas três referiram ter quatro anos de escolaridade completa. Dos 11 participantes, apenas um referiu que o dependente era solteiro. Sobre os restantes: cinco eram casados, ou em união de facto, e quatro eram viúvos.

Relativamente à caracterização dos MFPC, verificou-se que todos eram portugueses e residentes no Concelho de Matosinhos. A maioria eram mulheres (8) e dois eram do sexo masculino. Relativamente à profissão: três estavam reformados, um desempregado, três eram domésticas e outros três encontravam-se em exercício ativo da atividade profissional.

A média de idade dos MFPC era de 77 anos, sendo que quatro dos MFPC tinham idade igual ou superior a 65 anos. Quanto à escolaridade já se verificaram níveis mais elevados, sendo que: um era licenciado; três tinham entre seis e 12 anos de escolaridade; quatro tinham quatro anos; um, menos de quatro anos de escolaridade; e, um não sabia ler, nem escrever. Dos dez casos, apenas um MFPC era solteiro, sendo que a maioria, sete, eram casados, ou em união de facto, um estava divorciado, outro era viúvo.

Ainda, sobre a análise dos dados relativos ao MFPC, no que se refere ao número de dependentes, apenas um prestador de cuidados referiu ter duas pessoas a seu cargo. A grande maioria dos familiares cuidadores entrevistados tinha (alguma) experiência anterior de cuidar de

pessoas dependentes, exceto dois MFPC iam assumir esse papel pela primeira vez. Relativamente ao grau de parentesco do cuidador, para com o dependente: quatro eram filhas; três cônjuges; um neto e uma era a mãe do dependente.

### A satisfação a partir das expectativas dos clientes com as ECCI

Da análise de conteúdo às entrevistas, sobre as expectativas, interessou-nos extrair as dimensões /áreas que contribuem para a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem pelas ECCI. Estas dimensões, com as suas especificações, foram determinantes para a definição das áreas e dos itens que incorporaram o instrumento desenvolvido.

No sentido de não adensar a apresentação destes resultados, optou-se por transpor a análise de conteúdo realizada para o anexo 9 – onde se apresentam as unidades de contexto e as unidades de registo que sustentam a categorização. Na explanação dos dados obtidos, dar-se-á enfoque às categorias e subcategorias que esta análise gerou – por ser a este nível que se situa a mais-valia para a definição do instrumento de avaliação da satisfação. Apesar desta opção, quando considerado oportuno, apresentaremos aspetos mais específicos, unidades de contexto e/ou de registo exemplificativas da categorização realizada.

A figura 3 representa as sete categorias major que constituíram a agregação seletiva das dimensões ou áreas envolvidas na satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, a partir dos seus discursos. As sete categorias emergentes foram: 1) *Acesso aos Cuidados*; 2) *Envolvimento e Participação dos Clientes nos Cuidados*; 3) *Cuidados de Enfermagem Esperados na ECCI*; 4) *Competências do Enfermeiro*; 5) *Intensidade do Acompanhamento*; 6) *Organização dos Cuidados*; e, 7) *Continuidade dos Cuidados*.

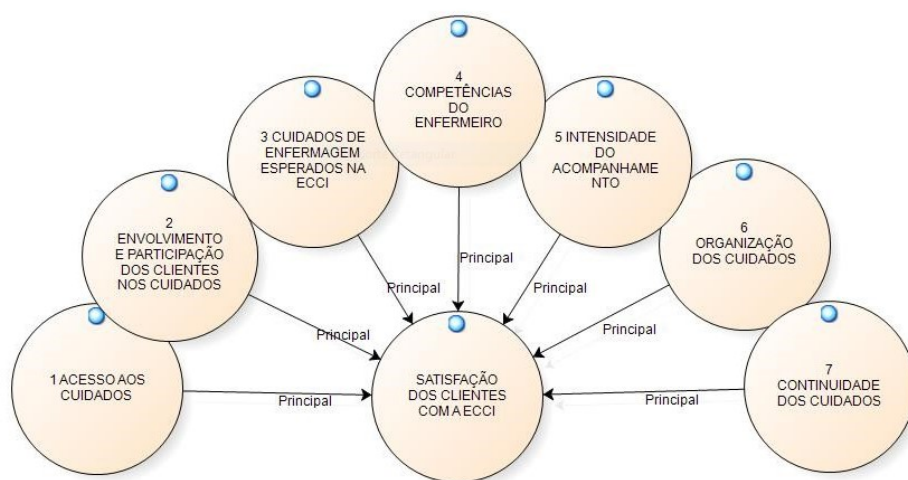


Figura 3. Representação esquemática das categorias relativas à Satisfação dos Clientes com a ECCI

### Acesso aos Cuidados

A primeira categoria que passamos a apresentar refere-se ao *Acesso aos Cuidados* (Figura 4). A partir da análise dos discursos, foi possível identificar cinco subcategorias principais: 1) *Formas de acesso*, 2) *Disponibilidade dos enfermeiros*, 3) *Prontidão de resposta*, 4) *Recusa de suporte de cuidados*, e, 5) *Tipos de profissionais esperados na ECCI*.

As subcategorias: *Formas de acesso*, *Disponibilidade dos enfermeiros* e *Prontidão de resposta* surgem como um nível de categorização mais elevado, emergindo de imediato da análise dos discursos, não tendo sido identificados níveis inferiores de categorias. No essencial, relativamente às *Formas de acesso*, destaca-se a possibilidade de, “a qualquer altura”, ter possibilidade de aceder e contactar com os serviços da ECCI, nomeadamente através do telefone.

---

*E se eu também tivesse o contacto deles, aí também me facilitava um bocado. Nem que fosse para perguntar sobre alguma dúvida que tivesse. (7PC\_E)*

---

Do excerto anterior resulta, também, que os cuidados esperados não são, apenas, cuidados diretos e presenciais. Os sentimentos de segurança dos clientes podem ser potenciados pela utilização de formas criativas de interação e contacto com os profissionais. Torna-se relevante, para efeitos da satisfação dos clientes, a *Disponibilidade*, mesmo que pelo telefone, dos profissionais.

A expectativa com a *disponibilidade dos enfermeiros* conseguiu distinguir-se das outras subcategorias. No entanto, manteve-se o reforço da importância da existência um contacto telefónico, para maximizar a disponibilidade dos enfermeiros.

---

*(...) eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se). (10PE\_E)*

---

Na sequência das subcategorias anteriores, percebe-se que a *prontidão na resposta* às solicitações / necessidades se destaca. A imediata comparência dos enfermeiros da ECCI, no domicílio do cliente, quando há uma solicitação é um aspeto decisivo para a satisfação dos clientes.

---

*O [nome do filho] quando precisa basta ligar, estão logo prontos a comparecer. (9PC\_E)*

---

A subcategoria *Recusa de suporte de cuidados*, emerge de níveis com maior especificação, como são o caso de *Não quer apoio domiciliário para banho* e *Não quer visita de voluntários*:

---

(...) detectámos que existem vários casos, inclusive este, que recusam os cuidados de Dar Banho, efectuados por assistentes operacionais – preferindo ser os próprios familiares a fazê-lo e sugerindo que são as pessoas mais velhas, e talvez pelo pudor, que o recusam. (11PE\_NC)

---

Alguns clientes verbalizaram, baseado nas suas experiências anteriores, que não gostariam de receber visitas de voluntários, nem de técnicos para dar banho ao seu familiar, por considerarem desnecessário face à sua situação. Admite-se, ainda, que esta recusa de alguns tipos específicos de suporte também pode radicar nos significados atribuídos pelos clientes a alguns serviços e tipos de ajuda.

Já a subcategoria *Tipos de profissionais esperados na ECCI*, remete para os profissionais que os clientes “idealizam”, em função das necessidades em cuidados que reconhecem. Assim, vemos referências a: *Técnico de apoio para banho*; *Técnico de serviço social*; *Terapeuta da fala*; *Enfermeiro*; *Médico*; *Nutricionista* e *Fisioterapeuta*. Dos discursos percebe-se uma variedade de necessidades sentidas pelas pessoas, refletindo-se, aqui, no leque de profissionais que idealizavam ter nas ECCI. Relativamente aos enfermeiros, os discursos dos participantes apontam para *Enfermeiros de cuidados gerais* e *Enfermeiros de reabilitação*:

---

É assim. Especificamente neste caso, nós temos as enfermeiras para a reabilitação motora. (8PC\_E)

---

Da análise dos discursos percebe-se que os enfermeiros de cuidados gerais são desejados para ajudar as pessoas dependentes, e respetivos familiares cuidadores, a suprir as suas necessidades no autocuidado e de tratamento de feridas, enquanto que os enfermeiros de reabilitação são vistos como decisivos para a recuperação funcional dos dependentes.



Figura 4. Representação esquemática da categoria: Acesso aos cuidados de enfermagem



### Envolvimento e Participação dos Clientes nos Cuidados

Outra dimensão ou categoria que se mostra relevante, em termos da satisfação dos clientes, no contexto das ECCI e que se relaciona com os cuidados de enfermagem, prende-se com a promoção / facilitação, por parte dos enfermeiros, do *Envolvimento e Participação dos Clientes nos Cuidados*. Aqui destaca-se, fundamentalmente, a promoção do envolvimento dos MFPC nos cuidados de enfermagem.

Já no que respeita ao envolvimento dos dependentes nos cuidados, mesmo quando existiam condições para isso, não é algo que pareça ser valorizado pelos entrevistados. Desta maneira, a subcategoria emergiu de um maior nível de especificação designado por *Envolvimento e Participação do MFPC nos cuidados*. No discurso dos entrevistados apenas se identificou a vontade dos clientes no que se refere ao envolvimento dos MFPC nos cuidados. Não foi identificada, durante as entrevistas, a expectativa dos participantes em que a própria pessoa dependente fosse envolvida nos cuidados.

---

*Mesmo a [nome da enfermeira] ensinou-me e diz: “olhe tem de fazer assim”. Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! (8PC\_E)*

---

Muitas das unidades de contexto analisadas centraram-se na forma como os participantes esperam ser ensinados e capacitados para adquirir algumas habilidades no cuidado do seu familiar dependente, o que também liga com a natureza dos cuidados de enfermagem que os clientes têm a expectativa de receber.

### Cuidados de Enfermagem Esperados

Os cuidados de enfermagem que emergem como muito relevantes para os entrevistados centram-se, quer nos MFPC quer nas pessoas dependentes. Daqui resulta que, no limite, uns e outros vêem-se como “clientes dos cuidados de enfermagem”, o que é muito animador e desafiante. Face aos MFPC existe a expectativa de serem ajudados a desenvolver competências para tomar conta da pessoa dependente e suportados ao longo do exercício do papel de cuidador. No que se reporta aos cuidados mais focados na pessoa dependente, para além de cuidados mais “instrumentais”, emerge como relevante a prevenção de complicações e a promoção da sua autonomia.

Assim, categoria *Cuidados de Enfermagem Esperados* inclui as seguintes cinco subcategorias: 1) *Cuidados instrumentais*; 2) *Preparação do MFPC para tomar conta face ao autocuidado*; 3) *Prevenção de complicações*; 4) *Promoção da autonomia do dependente*; e, 5) *Su-*

*porte emocional ao cuidador* (Figura 5). Estas subcategorias agregam um conjunto de especificidades, que se relacionam entre si, e que estão na base da emergência destas subcategorias.

A subcategoria *Cuidados instrumentais* remete para especificações como: *Administração de fármacos*, *Cuidados com a gastrostomia percutânea (PEG)*, *Cuidados com a SNG*, *Cuidados com a sonda vesical*; *Cuidados de conforto ao dependente* e *Tratamento de feridas*. Estes foram exemplos de cuidados esperados pelos participantes, que foram fundamentalmente referidos por participantes que já tinham experienciado cuidados de enfermagem prestados pelas ECCL.

---

*Primeiro teve uma “chaga”, não sei o nome técnico, era assim deste tamanho... (ilustra com a mão) a enfermeira que diga! Agora está do tamanho de um grão de arroz ou já está fechada, não sei. (10PE\_E)*

---

*Espero que vão tratar das feridas que ela tem nos calcanhares. (4PM\_E)*

---

A subcategoria *Preparação do MFPC para tomar conta face ao autocuidado* foi identificada no discurso dos participantes, enquanto uma necessidade em cuidados que os familiares cuidadores apresentam para lidar com dependência do seu familiar no autocuidado. Esta preparação inclui aspetos como: *Aprender a alimentar*, *Aprender a dar banho na cama*, *Aprender a lidar com colostomia*, *Aprender exercícios de mobilidade*. Para além desta preparação mais centrada em habilidades, também foram identificados aspetos relativos ao desenvolvimento de conhecimento dos MFPC. Sobre esta última subcategoria, *Conhecimento do PC*, registaram-se discursos do tipo:

---

*(...) Preciso de saber as coisas, porque sou eu que estou com ele aqui o resto dos dias. Então eu preciso de saber como é que as coisas se fazem. Eu pergunto e elas explicam-me. (...) (8PC\_E)*

---

Outras subcategorias emergiram, tais como: *Reintegração social*, *Retirar sobrecarga do PC (física e emocional)*; e *Supervisão do exercício do papel de MFPC*. A expectativa dos familiares cuidadores em relação à supervisão feita por parte dos enfermeiros está, por exemplo, bem patente na seguinte unidade de contexto:

---

*Agora é assim, ... tenho medo ... de não fazer bem a limpeza e essas coisas todas. Para já só aprendi aquilo e penso que, depois, nos primeiros dias vou ter uma assistência para realmente me verem se eu estou a meter o saquinho direito... a fazer bem ou não... (7PC\_E)*

---

Desenvolver sentimentos e autoeficácia nos MFPC pode ser decisivo para o sucesso do seu processo de tomar conta (Petronilho, 2013). O excerto apresentado deixa bem evidente esta área como um dos aspetos que pode jogar um papel crucial na satisfação dos clientes, nomeadamente dos MFPC.

A *Prevenção de complicações*, na condição de saúde do dependente, assim como a gestão de sinais e sintomas (Silva, 2007), como seria expectável, foi uma área destacada pelos participantes nas entrevistas. Nesta subcategoria agregam-se especificações como: *Controlo da dor*, *Gestão de sinais e sintomas*, *Prevenção de úlceras* e, ainda, *Prevenção de infeções*. O excerto seguinte ilustra bem o sentido do exposto, no que se refere, por exemplo, à *Gestão de sinais e sintomas*,

---

*Houve, antes de elas (enfermeiras) virem para cá, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. (...), depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal. (10PE\_E)*

---

Relativamente à quarta subcategoria, a *Promoção da autonomia do dependente*, encerra em si cinco especificações relativas a domínios como: *Autocuidado Alimentar-se*, *Autocuidado Higiene*, *Autocuidado Uso de Sanitário*, *Reabilitação Funcional* e *Regime Medicamentoso*.

Uma unidade de registo que exemplifica a subcategoria é identificada pela própria pessoa dependente que, tendo consciência da sua incapacidade, espera que os enfermeiros a ajudem a superar o seu défice:

---

*(...) não consigo caminhar... ir à casa de banho... (2DM\_E)*

---

Promover todo o potencial dos clientes com quadros de dependência é desígnio da enfermagem. O estudo de Brito (2012) deixa bem evidente a centralidade deste domínio para a disciplina e profissão. No nosso estudo, nesta fase, foi interessante perceber que os clientes reportam esta problemática como um aspeto crucial dos cuidados de enfermagem.

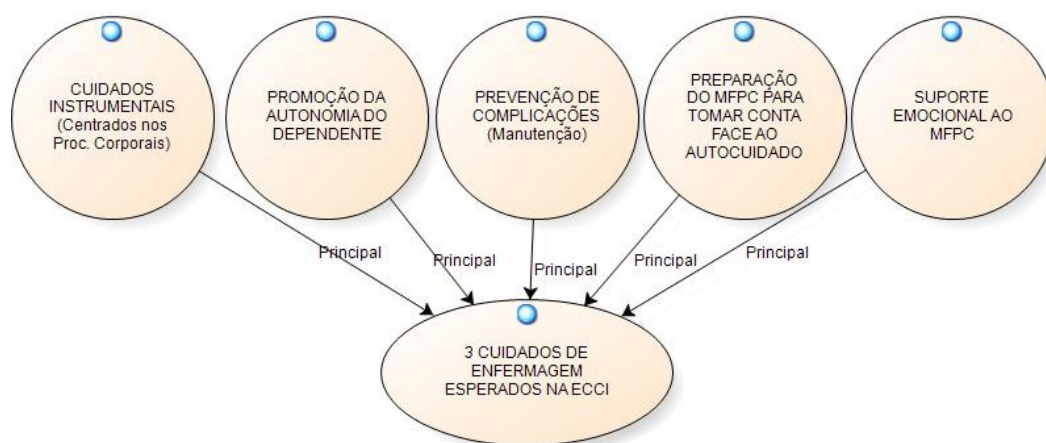


Figura 5. Representação esquemática da categoria: *Cuidados de enfermagem esperados na ECCI*

Já a última subcategoria incluída nos *Cuidados de Enfermagem Esperados diz respeito ao Suporte emocional ao cuidador*. Esta subcategoria não inclui especificações. É, contudo, um

“cuidado” esperado / desejado, nomeadamente pelos MFPC, que retira as expectativas face aos cuidados de enfermagem dos territórios mais instrumentais e de preparação dos familiares cuidadores. Pelo seu significado, apresentamos uma unidade de contexto, que ilustra a importância atribuída ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros destas ECCI – quer no valor geral atribuído a este serviço, quer no que respeita ao apoio emocional que lhes é fornecido, enquanto familiares cuidadores.

---

*Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça. (10PE\_E)*

---

A partir dos *Cuidados de Enfermagem Esperados*, os discursos dos entrevistados foram desvelando aquilo que eram as competências que reportavam como relevantes para os enfermeiros das ECCI.

### Competências do enfermeiro

Tendo em consideração os cuidados de enfermagem que são esperados pelos clientes é compreensível que as competências dos enfermeiros que são “desejadas” sejam as agregadas nas três subcategorias: *Competência educacional*, *Competência relacional* e *Competência técnica* (Figura 6). A *Competência educacional* é aqui interpretada, a partir dos discursos dos participantes, como um repertório bastante diferenciado das habilidades sociocognitivas dos enfermeiros, que lhes permitem perceber as necessidades dos clientes, disponibilizar a informação relevante para o cliente em termos que lhe sejam úteis, no momento adequado. Já *Competência técnica* distingue-se, da anterior, pelo seu cariz mais instrumental, muito orientado para a implementação de intervenções de cariz instrumental, muito ligadas aos cuidados esperados relativos à prevenção de complicações e, por exemplo, gestão de sinais e sintomas, onde se inclui a administração de medicamentos ou o tratamento de feridas.

Como vimos, não podemos deixar de assinalar que esta categoria e a categoria anterior, *Cuidados de Enfermagem Esperados*, apresentam afinidades no que se refere à nomeação das suas subcategorias e suas especificações – em virtude de as duas categorias estarem intimamente ligadas: cuidados prestados e competências profissionais para os executar. Apesar desta analogia entre as categorias, decidiu-se mantê-las separadas devido às diferenças de significado que se percecionou no discurso dos participantes. Assim, a *Competência educacional* emerge diretamente dos discursos dos participantes, como subcategoria, sem outros níveis de especificação. Dos discursos, os participantes referiram:

---

*Vamos ver se eles ensinam bem, para também não lhes dar tanto trabalho (...) (1PM\_E)*

---

Já a categoria *Competência relacional* remete para competências de interação, ligação e envolvimento significativo com os clientes das ECCI, com base em aspetos reportados nos discursos como: *Acalmar o doente*; ter *Carinho, amor, mostrar amizade, simpatia*; ser capaz de *comunicar, com Humor*; e *Empatia*. A título de exemplo, esta última especificação é revelada através da seguinte unidade de contexto:

---

*Acima de tudo o profissionalismo e depois a sensibilidade de saber tratar do doente e de quem está a acompanhar, ao cuidador (...) (9PC\_E)*

---

Por último, relativo à categoria *Competências do enfermeiro*, surge a *Competência técnica* enquanto subcategoria agregadora de aspetos específicos sobre o conhecimento e sobre a forma como realiza os cuidados: *Administrar fármacos, Competências de supervisão do exercício do papel de PC, Controlo da dor, Controlo de doenças crónicas (sinais e sintomas), Polivalência técnica e de saberes, Profissionalismo, Recuperação e manutenção do estado de saúde e, por último, Tratamento de feridas*.

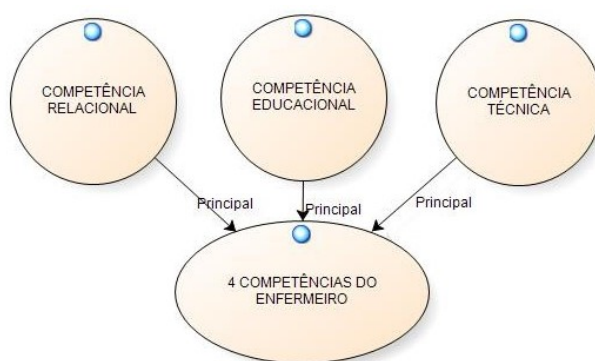


Figura 6. Representação esquemática da categoria: *Competências dos enfermeiros*

Os *cuidados esperados e competências dos enfermeiros* que lhe estão associadas são, como procuramos destacar, áreas muito relevantes da satisfação dos clientes com os cuidados prestados pelas ECCI. Contudo, a intensidade do acompanhamento dos clientes também é decisiva, para termos clientes mais ou menos satisfeitos.

### Intensidade do Acompanhamento

A intensidade do acompanhamento inclui três subcategorias. Uma relativa à expectativa de maior acompanhamento na fase em que o MFPC assume o papel; outra subcategoria focada no número de contactos estabelecidos entre quem cuida e quem é cuidado; e a última alicerçada na presença, nos contactos, de um número de enfermeiros bastante para satisfazer as necessidades do “caso” (Figura 7).

A subcategoria *Maior intensidade no momento em que assume o papel de MFPC* encerra-se em si e compreende a percepção, por parte dos entrevistados, de que na fase inicial, do regresso a casa, é necessário um maior acompanhamento dos enfermeiros. Esta ideia é bem visível no discurso dos participantes:

---

*Espero um pouco de ajuda, principalmente agora nos primeiros tempos, porque a doença do meu pai é-me desconhecida. (7PC\_E)*

---

Daqui resulta que, ajudar a construir a competência dos MFPC e as famílias a organizarem-se, nas fases iniciais do processo de tomar conta (ICN, 2013), é crucial para a satisfação dos clientes com os cuidados prestados pelas ECCI.

A adequação do número de contactos de enfermagem às necessidades percebidas pelos clientes é, como seria de esperar, um aspeto fortemente envolvido na satisfação. Os discursos dos participantes deixam bem evidente a necessidade de terem contactos com os enfermeiros “*Sempre que precisamos*” ou “*Todos os dias*” e, às vezes “*Várias vezes ao dia*”. No fundo, *conforme a necessidade*, o que justifica que em casos mais estabilizados, a intensidade desejada seja do tipo “*Uma ou duas vezes por semana*”. O que resulta desta categoria é a necessidade de incluir, no instrumento de satisfação dos clientes com os cuidados prestados pela ECCI, a satisfação com a intensidade dos cuidados prestados – para além das competências dos enfermeiros e dos cuidados propriamente ditos.

No que respeita à terceira subcategoria *Número de enfermeiros por contacto* foi um nível superior de categorização. Esta foi originada pelos níveis de especificação: *Um enfermeiro por contacto* e *Dois enfermeiros por contacto*. Estes dados, a partir dos discursos dos participantes, são reveladores da necessidade de, em alguns casos clínicos, ser necessário mais do que um enfermeiro para poder prestar cuidados de enfermagem, de uma forma adequada e com qualidade.

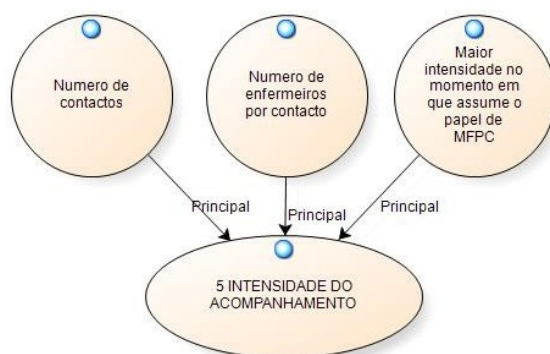


Figura 7. Representação esquemática da categoria: *Intensidade do acompanhamento*

## Organização dos Cuidados

No que se refere à categoria *Organização dos Cuidados*, relativo às expectativas dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, esta emerge de duas subcategorias: *Organização geral da equipa de enfermagem da ECCI* e *Compatibilização do serviço com a vida familiar* (Figura 8). Enquanto exemplo, pela relevância que lhe atribuímos, transcrevemos a seguinte unidade de contexto relativa à expectativa dos participantes com a forma como a ECCI integra a prestação de cuidados de enfermagem, com a de outras estruturas de suporte, e com a *Compatibilização do serviço com a vida familiar*:

---

*Nós tentamos sempre, mesmo com a Enfermeira, coordenar as horas mais ou menos a que vem o apoio domiciliário para o banho e as horas a que eles (ECCI) vêm.. (8PC\_E)*

---

Aqui está patente a necessidade sentida, pelos participantes, em serem bem definidos os horários das idas dos enfermeiros ao domicílio de cada cliente, pelo impacte que têm na dinâmica familiar.



Figura 8. Representação esquemática da categoria: *Organização dos Cuidados*

## Continuidade dos Cuidados

Na última categoria identificada, dentro do tema de análise de conteúdo *Expectativas dos clientes com as ECCI*, temos a *Continuidade dos Cuidados*. Esta emergiu, de duas subcategorias: *Articulação entre profissionais* e *Encaminhamento em situações de urgência* (Figura 9),

---

*(...) mas quando lhe dá aquelas infeções tem de vir para o hospital. (1PM\_E)*

---

Esta e outras unidades de registo, dão conta da necessidade eminente, sentida pelos clientes e familiares, em recorrerem a outros serviços – nomeadamente aos serviços de urgência –, em caso de agudização do estado de saúde da pessoa dependente. É esperado que os enfer-

meiros estejam atentos às condições de saúde dos clientes e, em função da sua situação, encaminhem para outras estruturas de cuidados.

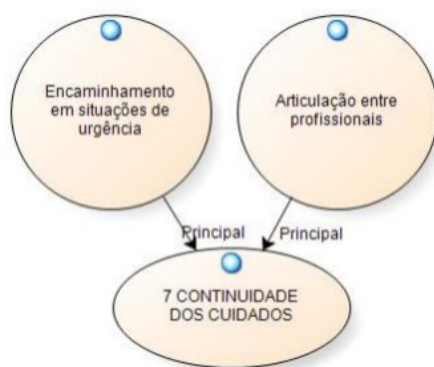


Figura 9. Representação esquemática da categoria: *Continuidade dos cuidados*

### Os fatores que podem influenciar a satisfação dos clientes com as ECCI

Outra área temática que emergiu das entrevistas realizadas centrou-se nos *Fatores que podem influenciar as expectativas dos clientes* e a sua satisfação com os cuidados. O estudo desta vertente não era um objetivo definido inicialmente. Mas, à medida que fomos realizando as entrevistas, fomos nos apercebendo de alguns fatores que surgiam associados às expectativas dos clientes. Os fatores aqui identificados, como influenciadores da satisfação, não serviram para a identificação dos itens e / ou dimensões do instrumento que nos propusemos a criar. No entanto, revelaram-se importantes para conhecermos melhor o contexto e para interpretarmos os aspetos que podem interferir na avaliação da satisfação. A análise destes fatores fez equacionar a forma e as circunstâncias em que a avaliação da satisfação foi medida. Razão pela qual, posteriormente, incluímos nesta investigação o estudo dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI e da sua relação com a satisfação dos clientes.

Foi possível identificar nove categorias relativas a este tema, representadas esquematicamente na figura 10: 1) *Compreensão da missão da ECCI*; 2) *Condição de Saúde da pessoa dependente, na percepção do cliente*; 3) *Condição do MFPC, na percepção do cliente*; 4) *Diagnóstico médico de admissão no serviço atual*; 5) *Experiência anterior com a ECCI*; 6) *Ganhos em saúde positivos no local atual de cuidados*; 7) *Motivo da referenciação*; 8) *Necessidades em cuidados identificadas pelos enfermeiros*; e, por último, 9) *Satisfação com os cuidados prestados no local atual* (Internamento, USF, ECCI e outros).



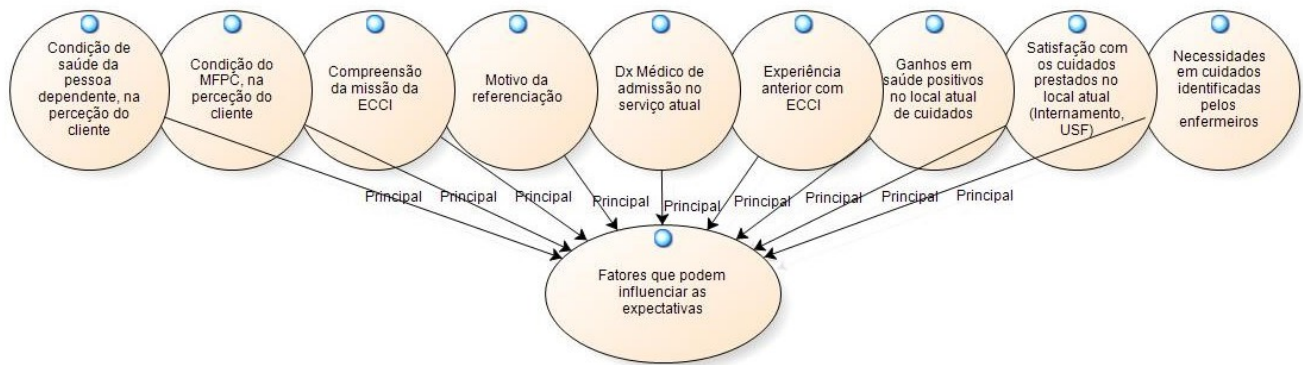


Figura 10. Representação esquemática das categorias dos *Fatores que podem influenciar as expectativas*

### Compreensão da missão da ECCI

Na primeira categoria *Compreensão da missão da ECCI*, a partir da análise dos dados, foram identificadas um conjunto de aspetos que se referem a, por exemplo: ao enquadramento da ECCI nos cuidados de saúde; a explicação sobre a missão da ECCI, a explicação sobre a missão da ECCI, a responsabilidade no processo de referência e o envolvimento no processo de referência – no que respeita à preferência de local de cuidados verbalizada pelos participantes e a forma como lhe foi proposta a referência.

Relativamente à *Percepção de quem fez a referência* foi possível perceber que os entrevistados identificam, pelo menos, três profissionais responsáveis pela referência para a RNCCI: *Enfermeiro*; *Médico* e *Técnico de Serviço Social*. Na subcategoria *Preferência de local de cuidados na RNCCI* foi possível identificar três níveis de maior especificação: *Preferência pelo Internamento*; *Preferência pela ECCI*; *Recusa pelos Cuidados Continuados Internamento*.

No que se refere à subcategoria *Forma de proposta de referência para a RNCCI* todos os entrevistados referiram que lhes foi proposto, não existindo nenhum caso em que o cliente, ou a família, tenha tomado a iniciativa de solicitar a referência para a RNCCI.

### Condição de saúde da pessoa dependente

Na categoria *Condição de saúde da pessoa dependente, na percepção do cliente* foi encontrado apenas um nível de categorização. Da análise dos discursos dos participantes, quer da pessoa dependente quer do MFPC, emerge a ideia de que estes atribuem o seu significado próprio relativamente ao estado de saúde da pessoa internada na ECCI. Nas quatro subcategorias, que dão origem a esta agregação (categoria), podem ser observados aspetos relativos ao: *Agravamento da condição de saúde do dependente (Físico e Mental)*; *Compromissos da*

*mobilidade do dependente; Falta de força do dependente* e, por último, a subcategoria relativa ao *Sistema imunitário deficitário do dependente*.

### **Condição do MFPC, na percepção do cliente**

Relativamente à categoria denominada por *Condição do MFPC, na percepção do cliente*, na percepção de ambos os clientes, os discursos parecem detetar que o próprio serviço (ECCI) tem expectativas em relação ao desempenho do Papel do Prestador de Cuidados. Ambos os tipos de clientes, familiares cuidadores e os próprios dependentes, apresentam discursos que explanam um conjunto de condições necessárias para o familiar cuidador exercer o seu papel de uma forma adequada. Assim, este último, pode ir ao encontro, baseado no conhecimento sobre o funcionamento da prestação de serviços pelas ECCI, daquilo que os próprios enfermeiros esperam dele.

Na linha do que se refere acima, foram encontradas dez subcategorias que dão corpo à *Condição do MFPC, na percepção do cliente* (leia-se, ambos). Foram elas: *Autoeficácia percecionada do MFPC*, centrado no que consegue ou não fazer; *Capacidade do MFPC*, no que se refere a limitações físicas e a própria “força” do MFPC, inclusivamente a disponibilidade de tempo; *Condições físicas e materiais no domicílio*; *Consciencialização sobre evolução do caso*; *Forma do MFPC encarar a situação de dependência*, referente, por exemplo, às emoções que sente face ao lidar com o familiar dependente e a maneira como as gere; *Implicações na vida quotidiana*, quando o cuidador tem de, por exemplo, deixar o seu emprego, mudar de casa ou ter, simplesmente, de gerir o seu dia a dia de uma forma muito diferente (condicionada pela condição de saúde do seu familiar); *Motivação para assumir o papel de MFPC*; *Sobrecarga do MFPC*, tanto física como mental; *Status económico da família*; e, por último, *Suporte percecionado*.

Quanto à subcategoria *Status económico da família*, surgiu, nos discursos dos participantes, dos aspetos referidos: *Igualdade de direitos independentes da situação económica*; *Situação económica negativa* e *Situação económica suportável, razoável, média ou alta*.

A última subcategoria foi nomeada de *Suporte percecionado*. Esta emergiu de um conjunto de nove especificações: *A ECCI e a família são suficientes para suprir necessidades*; *Ausência de suporte familiar*; *Ausência total de apoios*; *Bom suporte familiar*; *Existência parcial de outros apoios*; *Insuficiência do apoio domiciliário – higiene da pessoa*; *Insuficiência dos apoios económicos*; *Insuficiência dos cuidados de saúde atuais (USF)*; e, por último, *Não quer apoio para higiene e banho*.

### Diagnóstico médico de admissão no serviço atual

Na categoria *Diagnóstico médico de admissão no serviço atual* foram identificadas 18 subcategorias. Foram elas: *Desidratação; Desnutrição; DMID; Doença de Alzheimer; Doença vascular cerebral; Epilepsia; Hipertensão; Infecção urinária; Insuficiência cardíaca; Insuficiência renal; Insuficiência respiratória; Isquemia do coto de amputação; Paralisia cerebral infantil; Paresias; Pneumonia; Sepsis; Sub-oclusão; e, Úlcera de pressão.*

### Experiência anterior com ECCI

Relativamente à categoria *Experiência anterior com ECCI* foram identificadas cinco subcategorias: *Com idas à urgência; Estável – sem reinternamentos; Melhoria da condição de saúde; Propostas de melhoria; e Satisfação global positiva com os cuidados prestados na ECCI.* A subcategoria *Propostas de melhoria* surge pela agregação de nove aspetos específicos referidos: *Acesso a médico integrado na ECCI; Cuidados de reabilitação diários; ECCI vir mobilizar os doentes; Fisioterapia e reabilitação física serem realizadas no domicílio; Internamento provisório do dependente para descanso dos cuidadores; Mais apoio aos cuidadores; Sem propostas de melhoria; Serviço noturno de vigilância do dependente; e, por último, Terapia da fala ao domicílio.*

### Ganhos em saúde positivos no local atual de cuidados

No que se refere à categoria *Ganhos em saúde positivos no local atual de cuidados*, conseguimos identificar duas grandes subcategorias: *Do Dependente* e, outra, *Do Membro da Família Prestador de Cuidados*. Esta categoria foi desenvolvida a partir da análise documental, efetuada aos processos clínicos dos clientes. Para a análise e descrição dos diagnósticos de enfermagem, recorreremos à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CI-PE® versão 1.0).

A subcategoria *Do Dependente* encerra seis níveis de especificação diagnóstica: *Adesão à Vacinação; Conhecimento sobre Adesão à Vacinação; Processo do Sistema Gastrointestinal; Processo do Sistema Musculosquelético; Processo do Sistema Respiratório; e, Processo Social.*

Relativamente à subcategoria *Do Membro da Família Prestador de Cuidados*, foram identificadas as especificações: *Aprendizagem de Habilidades do PC; Papel e Envolvimento do PC e Status.* Estas especificações, baseadas nos diagnósticos analisados, provem de níveis

de, ainda, maior especificidade – que consistiram nos diagnósticos de enfermagem analisados.

### **Motivo da referenciação**

Sobre a categoria *Motivo da referenciação* obtivemos apenas um nível de categorização, sendo identificadas sete subcategorias: *Cinesiterapia*; *Cuidados Paliativos*; *Prevenção de Úlceras de Pressão*; *Recuperação Funcional*; *Tratamento de Ostomia*; *Tratamento de Úlceras de Pressão*; e, por último, *Treino do Prestador de Cuidados*. De referir que esta categoria emergiu da análise documental.

### **Necessidades em cuidados identificadas pelos enfermeiros**

A categoria *Necessidades em cuidados identificadas pelos enfermeiros*, que também surge da análise à planificação dos cuidados de enfermagem dos clientes dependentes que participaram no estudo, provem de duas subcategorias: *Necessidades em cuidados do dependente* e, outra, *Necessidades em cuidados do membro da família prestador de cuidados*.

A subcategorias *Necessidades em cuidados do dependente* surgiu da identificação de 15 especificações. Foram elas: *Comportamento*; *Défice no Autocuidado (Capacidades)*; *Padrão do Sistema Urinário*; *Processo do Sistema Circulatório*; *Processo do Sistema Gastrointestinal*; *Processo do Sistema Musculosquelético*; *Processo do Sistema Nervoso*; *Processo do Sistema Regulador*; *Processo do Sistema Respiratório*; *Processo do Sistema Tegumentar*; *Processo Psicológico (Atitude)*; *Processo Psicológico (Cognição)*; *Processo Social*; *Queda*; e, *Status*.

Relativamente á subcategoria *Necessidades em cuidados do membro da família prestador de cuidados*, foi originada pela agregação de três áreas de diagnóstico: *Papel de Prestador de Cuidados*; *Processo Psicológico (Cognição)* e *Status*.

Esta foi a categoria que apresentou maior nível de especificação, pois a análise documental foi realizada com recurso à *CIPE® versão 1.0* – em que a partir da análise de cada diagnóstico de enfermagem, *per si*, foi-se agregando os diagnósticos utilizando termos do eixo dos focos, cada vez mais abrangentes e agregadores.

### Satisfação com os cuidados prestados no local atual

Por última categoria, dos fatores que podem influenciar as expectativas com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, identificou-se a *Satisfação com os cuidados prestados no local atual (Internamento, USF)*. Esta categoria teve origem na identificação de 12 subcategorias que se relacionam entre si. Passando a citar: *Boa comunicação; Boa organização; Boa relação interpessoal; Boa técnica; Disponibilidade; Efeitos negativos de transporte do dependente; Erro ou má técnica do Serviço de Apoio Domiciliário – Higiene; Má assistência médica no domicílio; Má comunicação com os profissionais em geral; Maior adesão pela autoridade da presença dos enfermeiros; Preparação do regresso a casa no internamento*; e, por último, *Satisfação global com o serviço atual*.

#### 3.1.1.2A proposta da versão preliminar do SATENF-ECCI

A partir do percurso efetuado e exposto anteriormente, passamos, agora, à etapa da definição do modelo de instrumento, onde se pretende: definir o modelo do instrumento de recolha de dados quanto ao conteúdo, ao formato e às condições da sua aplicação. Para a seleção e definição do conteúdo do instrumento de avaliação da satisfação, utilizámos os resultados das entrevistas aos clientes, das notas de campo e da análise documental, bem como os contributos da revisão da literatura (livros, artigos científicos, estudos clínicos e outros instrumentos). Reunidos estes dados, foi possível definir a primeira versão (versão preliminar) do instrumento. Esta versão foi, posteriormente, apresentada a um painel de enfermeiros peritos com a finalidade de ser discutida, refinada e validada.

Foram estabelecidos um conjunto de critérios para a definição das dimensões e dos itens. Para efeitos da organização e conteúdo do instrumento, teve-se por base as categorias provenientes da análise efetuada às entrevistas com os clientes das ECCI. Em concomitância, não poderíamos deixar de considerar os contributos provenientes da revisão da literatura. Assim, no caso de já existirem indicadores ou itens já utilizados e validados em outros estudos, encontrados na literatura, optou-se por incluí-los como itens do instrumento – se os mesmos fossem ao encontro do fenómeno e da dimensão que queríamos medir.

O formulário foi definido, *à priori*, para ser aplicado às pessoas dependentes e ao respetivo principal membro da família prestador de cuidados (MFPC). Ambos os clientes poderiam responder ao questionário ou, em caso de impossibilidade, podia ser respondido apenas por um destes clientes. Apesar desta opção originar variabilidade no número e no tipo de res-

pondentes, para efeitos de agregação de dados, contabilizou-se apenas um caso – tomando como referencia o cliente (dependente) que integrava a ECCI. Assim, para efeitos de aplicação e de análise dos dados obtidos, poder-se-iam obter três tipos de casos: 1) O caso ter apenas respostas do MFPC, 2) O caso ser composto apenas pelas respostas da Pessoa Dependente ou, 3) O caso integrar as respostas do MFPC e da Pessoa Dependente – sendo que o instrumento apresenta as mesmas questões, para ambos os respondentes, sendo adaptadas ao tipo de cliente que está a responder.

O instrumento preliminar foi composto por duas grandes partes, sendo denominado pelo acrónimo SATENF-ECCI (Anexo 10). A primeira é composta com questões essenciais para a caracterização da amostra, que incidem sobre características pessoais e sociodemográficas e que se referem a um conjunto de variáveis secundárias, relativas às características sociodemográficas da amostra – quer do MFPC, quer da Pessoa Dependente. Independentemente do formulário ser respondido por um ou ambos os clientes do caso, esta parte do questionário é considerada comum e deve ser completamente preenchida.

A segunda parte, destinada à avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem, corresponde às variáveis principais – relativas à satisfação –, que incluem os dois conjuntos de questões, para que possam ser respondidas pelo MFPC e pela pessoa dependente. A parte do instrumento relativa às questões da satisfação encontra-se dividida em sete áreas – cada uma referente às dimensões da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, fortemente associadas às categorias que emergiram da análise ao conteúdo das entrevistas com os clientes. Assim, com base no percurso efetuado, organizou-se o instrumento em sete dimensões da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Foram elas:

- 1) **Acesso aos cuidados de enfermagem** (11 itens);
- 2) **Envolvimento e participação dos clientes nos cuidados** (15 itens);
- 3) **Cuidados de enfermagem prestados** (17 itens);
- 4) **Competências do enfermeiro** (5 itens);
- 5) **Intensidade do acompanhamento** (2 itens);
- 6) **Organização dos cuidados** (4itens);
- 7) **Continuidade dos cuidados** (4 itens).

Cada uma destas sete dimensões ou áreas, incluiu um conjunto de itens ou questões específicas. Nesta fase, entendemos como adequado introduzir uma questão relativa à satisfação global com o serviço – perfazendo um total de 59 itens. Cada um destes 59 itens correspondia a uma pergunta fechada, à qual os inquiridos podiam responder numa escala tipo *Likert*

de diferenciais semânticos, entre um e 10. Sendo que 1=*Muito insatisfeito* e 10=*Muito Satisfeito*. Desta forma não existe ponto médio de respostas, devido à paridade das opções de resposta. Sempre que o respondente considerasse não deter informação suficiente para responder a determinado item, tinha a opção de responder: NS/NR/NA=Não sabe/Não responde/Não se aplica.

No final da versão preliminar do instrumento foram ainda colocadas duas questões relativas à percepção do respondente sobre a organização dos cuidados. A resposta a estas questões é feita através da dicotomia: *Sim/Não* ou, então, *Não aplicável/Não responde/Não sabe*. Ainda acresce uma última pergunta aberta: *Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?* Esta pergunta servia para dar a oportunidade ao inquirido, caso o pretendesse, de referir alguma condição que afettesse a sua satisfação com o serviço e que não tivesse sido colocada no formulário.

Na posse de um esboço do formulário, evoluímos para a consulta com o painel de enfermeiros, peritos na área dos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

### **3.1.1.3A perspectiva dos peritos de enfermagem sobre a versão preliminar do SATENF-ECCI**

No sentido de incluir as opiniões dos peritos participantes, foram efetuadas duas reuniões de painel de peritos – uma antes e outra após o pré-teste do instrumento que, entretanto, foi feito. Dos 11 peritos contactados, nove participaram no primeiro momento, e sete no segundo momento de trabalho. Tivemos a preocupação de reunir um grupo suficientemente válido para julgar o *draft* preparado, mas não demasiado extenso, pois podíamos correr o risco de alguns membros não terem oportunidade de participar na discussão (Hill & Hill, 2002).

As reuniões foram realizadas nos dias 30 de novembro de 2011, com a duração de três horas, e a quatro de julho de 2012, com a duração total de duas horas. A primeira reunião esteve mais focada no teor do instrumento e nas circunstâncias para a sua aplicação. A segunda reunião com os peritos serviu, essencialmente, para apresentar a versão final do instrumento, fruto das alterações sugeridas e após o pré-teste, e para obter a validação geral do instrumento em termos do seu conteúdo.

**Primeira reunião do painel de peritos**

Sobre os resultados obtidos na primeira reunião com o painel de peritos, no que diz respeito às questões de caracterização dos respondentes, foram poucas as propostas de mudança. É certo que, muitas das questões serviam, essencialmente propósitos de investigação, podendo algumas das questões, para efeitos da aplicação regular do formulário serem dispensáveis. A única exceção de relevo foi a sugestão de se acrescentar, nos casos em que o MFPC e a pessoa dependente não coabitam, um novo item ***Em caso de resposta Não, qual a distância entre as residências.***

Sobre os itens relativos à satisfação, os peritos aceitaram, de forma geral a proposta inicial do questionário criado. No entanto, existiram alguns itens que, segundo o painel de peritos se encontravam omissos, ou apresentaram maior discussão ou dúvidas – pelo que passamos a referi-los e a explicar o sentido das decisões tomadas.

- ***O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço:*** existiu grande debate em torno deste item. O painel de peritos considerou que este procedimento não depende dos enfermeiros da ECCI, mas sim dos enfermeiros e outros profissionais que exercem, essencialmente, nas EGA ou nas ECL. Este item, em rigor, acaba por medir mais o funcionamento da referenciação na RNCCI. Contudo, dado ser um aspeto relativo ao acesso aos cuidados, foi decidido mantê-lo por se considerar que os níveis de satisfação com o item tem particular relevância e impacto na satisfação com a ECCI – sendo o início do contacto com este serviço.

- ***A facilidade de estabelecer contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro):*** embora o horário de funcionamento da ECCI não seja, de momento, de 24 horas por dia, a opção de manter o item ganhou relevo uma vez que reporta uma necessidade expressa, facto que, no futuro, poderá sustentar a revisão de alguns elementos da acessibilidade a este tipo de serviços.

- ***A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados:*** no contexto das ECCI, nomeadamente na Instituição onde se realizou a investigação, os clientes não podem escolher o enfermeiro que lhe presta cuidados. A opção de manter este item traduz uma intenção de explorar, em que medida, a liberdade de escolha, por parte dos clientes, pode influir na satisfação ou ser algo que, no futuro possa ser equacionado.

- O item apresentado - ***possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados*** – a par de outros, discutidos abaixo, não foram muito evidentes nos discurs-



dos dos clientes entrevistados. Quer isto dizer que não faziam parte das suas expectativas. Contudo, como sabemos, as expectativas dos clientes são aspeto decisivo para a satisfação; aspeto que é dinâmico, mutável e algo que, à medida que a qualidade do serviço avança, também acaba por aumentar, tal como nos dizia Donabedian (2003). É neste contexto que vários itens resultantes da revisão da literatura, mais do que das entrevistas com os clientes, acabaram por ser incluídos no formulário, de acordo com a visão dos peritos, em linha com o posicionamento de Donabedian (2003).

- Um dos itens a que nos referimos é o ***Envolvimento e Participação da Pessoa Dependente nos cuidados***. Sobre este item, foi unânime e consensual a manutenção no instrumento, visto que, apesar de não emergir como uma expectativa dos participantes que foram entrevistados, ao contrário do envolvimento dos MFPC, era algo que merecia paridade, até porque era retratado na revisão da literatura efetuada (Moorhead, Johnson & Maas, 2008). Assim, manteve-se este item, a par do item ***Envolvimento e Participação da Família***. Também foi acordado, mesmo correndo o risco de adensar o número de itens, manter a fragmentação destas questões em três, de forma a obter-se dados mais específicos relativos: ao planeamento dos cuidados, aos cuidados que lhe foram prestados e às decisões sobre os cuidados prestados.

- ***A promoção de atividades de socialização e de lazer para a pessoa dependente***: esta questão foi mantida, tendo sido reconhecido pelo painel de peritos que este trabalho não é, por agora, efetuado – pois não tem sido objeto de investimento enquanto intervenção de enfermagem. A literatura internacional, relativa a outros ambientes socioculturais, aponta para este tipo de intervenção de enfermagem, pelo que se manteve o item. Admite-se, ainda, que em casos em que os dependentes apresentam, por exemplo, compromissos na consciência, este item não seja aplicável.

- ***O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres***: o painel de peritos entendeu que este item avaliava duas coisas distintas – os direitos e os deveres. Assim, optou-se por separar este item em dois: *O fornecimento de informações sobre os seus direitos* e *O fornecimento de informações sobre os seus deveres*.

- ***A ajuda para resolver problemas financeiros***: apesar de este indicador surgir na literatura, mas nunca nos discursos dos participantes nas entrevistas, foi entendimento do painel de peritos que, por agora, seria aspeto a remover do instrumento, por se encontrar bastante afastada da missão e utilidade profissional dos enfermeiros no contexto português. Contudo, isto não quer significar que, para os peritos e para nós, as condições económicas e

financeiras das famílias não sejam uma variável que pode facilitar ou dificultar o processo de tomar conta de um dependente, no seio das famílias. É certo que, ***ajuda para resolver problemas financeiros*** não é foco de atenção dos enfermeiros. Estes, quando muito e com frequência orientam para serviços e profissionais específicos. Para além disso, considerou-se que este tipo de questão podia suscitar constrangimentos à pessoa que estava a responder – pela presunção, à partida, de que a pessoa ou a família padecem de problemas financeiros. Equacionou-se, ainda, incluir um item relativo à informação fornecida sobre estratégias de resolução de problemas financeiros. No entanto, foi consensual que esta dimensão já era, de alguma forma, avaliada pelo item *O fornecimento de informações sobre os seus direitos*. Assim, foi rejeitado o item.

- ***Cuidados de enfermagem prestados***: nesta categoria de indicadores foram propostos 17 itens que se referem a: cuidados instrumentais, prevenção de complicações/gestão de sinais e sintomas, preparação do MFPC para tomar conta; suporte emocional, promoção da autonomia/recuperação e apoio na organização/preparação das condições da casa. É a maior dimensão do instrumento e foi consensual a importância da granularidade dos itens, porque especificam os principais cuidados efetuados pelas equipas de enfermagem das ECCI e são algo bem evidente nos discursos dos clientes entrevistados. De realçar que foi feito um esforço, no quadro do painel de peritos, para diminuir esta especificidade, através da agregação de alguns itens inicialmente propostos – como foi exemplo: o item *Ajuda a organizar a disposição do quarto e da casa*; e, o item *Ajuda a criar as condições físicas e materiais em casa, necessárias ao cuidado*, que foram fundidos num item mais agregador ***O apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa***.

- ***O respeito pela pessoa***: apesar de não ter sido revelado nas entrevistas, o painel de peritos apoiou totalmente a pertinência deste domínio na avaliação. Inclusive, apoiou a sua desagregação em três itens mais específicos: *O respeito, por parte dos enfermeiros, pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes*; *O respeito, por parte dos enfermeiros, pela opinião da pessoa*; e, *O respeito, por parte dos enfermeiros, pela privacidade*.

- ***A consideração demonstrada pelos enfermeiros pelos custos dos cuidados que prestam***. É certo que este item, que acabou por não ser incluído na versão final do instrumento, emergiu, inicialmente, por via daquilo que se encontrou na literatura (Moorhead, Johnson & Maas, 2008). Reconhece-se que, no quadro atual da RNCCI e das ECCI em particular, a questão da satisfação dos clientes com os custos dos cuidados de enfermagem é

algo que acaba por ter pouca relevância e utilidade, dado o modelo que suporta os custos daqueles cuidados. Assim, por sugestão dos peritos o item foi excluído do instrumento.

**- É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que é o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar?** Esta pergunta não emergiu das entrevistas efetuadas, mas sim da literatura. O painel de peritos consensualizou a sua relevância para a inclusão no instrumento. No entanto, referem que o cliente e família podem ter dificuldade nesta apreciação, em virtude de nem sempre ser o mesmo enfermeiro a prestar cuidados ao cliente. Apesar disto, o item foi incluído. Admitiu-se que a lógica proposta para a prestação de cuidados pelas ECCI, com base em modelos de Gestão de casos (Llewellyn & Leonard, 2009) sustentava a adequação e pertinência desta questão. Até porque, o vínculo estabelecido entre o profissional e o caso (clientes) é largamente reconhecido como um aspeto que influi na satisfação dos clientes com os cuidados de saúde (Donabedian, 2003). Como fica evidente do exposto, a larga maioria das discussões geradas estiveram centradas em itens que emergiram, fundamentalmente, daquilo que estava descrito na literatura.

Na primeira sessão com o painel de peritos também tivemos por intenção definir estratégias de implementação do instrumento; o mesmo é dizer: sobre a forma como poderia “ser aplicado”. A este respeito emergiram vários aspetos na discussão gerada. Por um lado, questões em torno do que estava / deveria ser avaliado; por outro, sobre algumas condições que podiam condicionar a forma de administrar o instrumento e, por último, sobre a melhor estratégia de aplicar o instrumento.

A respeito daquilo que o instrumento “avaliava”, em momento algum esteve em dúvida a nossa intenção de nos focarmos nos cuidados de enfermagem.

**- O que o instrumento mede?** É certo, mesmo nas ECCI, que os cuidados de enfermagem ocorrem num contexto multiprofissional, o que legitima a questão que ocupou os peritos: “Fará sentido avaliar só a satisfação com os cuidados de enfermagem?”. Como nos dizia um dos peritos: *“Não posso avaliar, numa ECCI, apenas os enfermeiros (...) embora a maior fatia das intervenções sejam dos enfermeiros.”* (Notas de campo). Ou seja, este perito referia-se à necessidade de uma avaliação global e não circunscrita aos cuidados de enfermagem – apesar de o maior volume de cuidados, prestados numa ECCI, ser, de facto, da responsabilidade profissional dos enfermeiros. Aquilo que resultou das discussões geradas foi o interesse de conhecer, com especificidade, a satisfação com os cuidados de enfermagem, enquanto via para, à escala do grupo profissional, se poder evoluir no desenvolvimento do contributo singular que os cuidados de enfermagem dão para os clientes e sua satisfação.

Por outro lado, o instrumento definido não tinha por intenção fazer inferências sobre a satisfação global com “todos os cuidados” prestados pelos serviços da ECCI e seus distintos profissionais, o que poderia, no limite, ser abusivo. O contexto multiprofissional em que ocorrem os cuidados desafia todos a clarificarem os seus contributos para a qualidade, em geral, num registo absolutamente oposto a um “corporativismo primário”. Acresce que, na opinião dos peritos, na posse de instrumentos válidos e fiáveis para avaliar a satisfação com os cuidados de enfermagem, no futuro, estaria simplificado qualquer exercício de avaliação da satisfação global com os serviços da ECCI, uma vez que seria mais fácil extrair do “nosso instrumento” itens potencialmente relevantes para aquela avaliação mais ampla.

Relativamente aos aspetos que poderiam condicionar a aplicação do instrumento, da opinião dos peritos, foi consensual que, quer a extensão ou “tamanho” do instrumento quer o nível de literacia dos clientes, eram aspetos que mereciam atenção.

- **Tamanho do instrumento** - assumiu-se que o instrumento devia ser, ao limite, o mais curto e breve possível, pelo que itens eventualmente redundantes deveriam ser eliminados. Apesar desta premissa, foram poucos os itens modificados ou retirados, conforme já foi sinalizado. Desta forma, decidiu-se avançar com a grande maioria dos itens propostos, esperando que, após a recolha dos dados, através da exploração da natureza das respostas e suas associações, pudessem ser tomadas decisões mais fundamentadas. Para além disso, a realização do pré-teste, poderia, desde logo, apontar alguns ajustes recomendáveis.

- **Literacia da população:** Segundo a experiência do painel de peritos e olhando o perfil dos participantes entrevistados, a população cliente das ECCI é, em geral, muito idosa e, ainda, com baixo grau de escolaridade. Esta realidade colocava, como é óbvio, claras limitações, em termos de estratégias de autopreenchimento. O teor das questões, até em função da sua formulação, na opinião dos peritos, era suficientemente claro, mesmo para uma população com aquelas características.

- **Forma de aplicação do instrumento:** os aspetos descritos atrás acabaram por influenciar a forma como, no painel de peritos, se discutiu a melhor forma de administrar o SATENF-ECCI. Desde logo, a autoadministração, pelo exposto, foi considerada com grandes reservas. As duas alternativas que restavam passavam pela aplicação presencial ou, em alternativa, por telefone. O painel de peritos apresentava experiência anterior de aplicação de questionários breves de satisfação por telefone, referindo-se à “boa adesão dos clientes”, com a clara vantagem da celeridade e custos da colheita dos dados. A hipótese de administração presencial, sob a forma de formulário, também foi tida como uma boa hipótese, em-

bora com maiores custos económicos e morosidade. Para além disso, admitiu-se que tal estratégia pudesse introduzir alguma “reserva” nos respondentes, devido à presença de um “estranho”, numa interação “cara a cara”. Desde logo, a administração pelos próprios enfermeiros, no final do acompanhamento do caso foi excluída, pelo potencial viés que geraria. Desta maneira, a aplicação do SATENF-ECCI por via telefónica e por alguém que não prestou cuidados “ao caso” foi a forma que ganhou consenso no painel de peritos. Esta opção não significou, porém, que, em caso de necessidade, este não pudesse ser aplicado presencialmente. No contexto do estudo, a aplicação do instrumento ficou a cargo do investigador, com recurso aos serviços, nomeadamente de telefone, da ULSM.

Estas foram as principais conclusões obtidas da primeira reunião do painel de peritos. Aqui emergiram os primeiros contributos dos enfermeiros para o refinamento do instrumento de medida. Nesta etapa foi patente o consenso em torno das decisões e escolhas. Obteve-se, assim, uma versão “revista” – SATENF-ECCI\_Versão pré-teste (Anexo 11) – que foi, de seguida, submetido a pré-teste, no sentido de se obter mais feedback para a sua melhoria.

#### **Pré-teste e segunda reunião do painel de peritos**

O pré-teste foi realizado no mês de junho de 2012, sendo que a primeira aplicação, para efeitos de aferição de tempo de entrevista e de forma de colocação das questões, foi a uma pessoa “não cliente” de 77 anos. Depois deste ensaio, evoluímos para o pré-teste, propriamente dito, recorrendo a nove participantes, o que correspondeu a, sete MFPC e duas pessoas dependentes, indicados pelas coordenadoras das UCC onde se realizou o estudo. Apesar de termos decidido avançar para a recolha por telefone, procedemos à aplicação de cinco formulários de forma presencial e quatro por telefone. Desta forma procurámos reunir mais dados para que aquela nossa decisão fosse mais substantiva e ancorada.

No caso dos tempos de aplicação do formulário, de forma presencial, variaram entre 25 a 55 minutos. Já os aplicados por telefone demoraram entre 20 e 30 minutos. O tempo de aplicação mais elevado, também por telefone, foi verificado quando questionada uma das pessoas dependentes (30 minutos).

Após a realização do pré-teste, através do qual se reuniu novo conjunto de considerações passíveis de melhorar o instrumento, efetuou-se uma segunda reunião com o painel de peritos. Esta discussão, baseada no pré-teste realizado, permitiu a reflexão e debate em torno das dificuldades sentidas com a sua aplicação. Assim, emergiram novas decisões de alterações do conteúdo e da forma de aplicação do instrumento. Passamos a enuncia-las.

- **Alteração da organização e do aspeto gráfico:** de modo a aumentar a facilidade na aplicação do formulário, fez-se uma revisão da sua organização e aspeto geral.

- **Alteração da explicação de participação livre e da resposta ao inquérito:** Fez-se ligeira modificação na configuração da apresentação do estudo, de forma a ser mais rápida e fácil a exposição.

- **Alterações na sintaxe dos itens:** modificaram-se e encurtaram-se, alguns itens, para uma forma mais breve e fácil de ser compreendida pelo respondente, como é exemplo a substituição do item *O planeamento e a preparação, que os enfermeiros lhe dão ou deram, para a alta deste serviço*, pelo item *A forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço por parte dos enfermeiros*.

- **ECCI que prestou os cuidados:** Acrescentou-se este item no sentido de facilitar, por um lado, a nossa caracterização da amostra, mas também com a intenção de, no futuro, potenciar a disponibilização dos resultados às diferentes “origens”, para efeitos de análise interna.

- **Contactos efetuados:** Retirou-se a data e a hora das tentativas de contacto, ficando apenas a *Data da colheita de dados*.

- **Freguesia de residência atual:** Retirou-se, da caracterização de ambos os clientes, o item, por ser um dado considerado redundante e de pouco interesse – visto já se questionar a ECCI que prestou o cuidado.

- **Nível de escolaridade:** Acrescentou-se, neste item, a possibilidade de resposta *Sabe ler e escrever, sem 1º ciclo completo*, essencialmente por questões centrados nos nossos interesses de estudo.

- **Serviço de saúde atual prestador de cuidados, Número de contactos com o serviço (atual) na última semana e Desde que integra este serviço (atual) usou outros cuidados ou profissionais de saúde? Quais?:** Retiraram-se estas quatro questões, por se ter consensualizado a sua “menor” relevância para a política local (ULSM) de análise dos resultados.

- **Grau de parentesco ou relação com a pessoa dependente:** Acrescentaram-se as opções de resposta: Genro/Nora, Irmã(o), Família de Acolhimento Particular – por terem sido encontrados alguns destes graus de parentesco no pré-teste.

- **Subcategorização das dimensões:** Decidiu-se retirar, em cada “subescala” ou área de satisfação, a explanação das “subcategorias” que a compunham, por se assumir que tal organização teórica era pouco relevante, nesta fase. Assim, colocaram-se os itens de cada área ordenados de acordo com SATENF-ECCI\_Versão 1 (Anexo 13).

- **Forma de aplicação do formulário:** Voltou-se a debater esta importante questão, estando em alternativa a utilização do telefone ou a administração presencial. Conforme já tinha sido debatido na primeira reunião de peritos, ficou determinado, consensualmente, que a administração por telefone seria a melhor opção. Do pré-teste emergiram os seguintes aspetos: a maioria das pessoas inquiridas referiu preferência por esta forma; fundamentalmente porque, na perspetiva dos clientes, é “mais confortável”. Deve reconhecer-se que, para as pessoas a inquirir, a recolha por telefone evita a entrada no seu espaço privado/domiciliário. O pré-teste mostrou, ainda que a utilização do telefone era mais rápida, mais económica e implicava menor logística de programação de marcação de contactos – podendo aumentar a adesão. Apenas uma pessoa dependente inquirida presencialmente referiu que, por telefone, poderia ser mais difícil responder, essencialmente porque tinha que se deslocar até ao telefone fixo.

- **Explicação sobre a escala de resposta:** No sentido de ajudar os respondentes a posicionar melhor a sua resposta, a explicação sobre a possibilidade de resposta entre o (1) um e o (10) dez, foi complementada com a seguinte frase: *Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva*. Com esta informação, julgamos terem ficado mais claras as opções de resposta, nomeadamente em pessoas com algumas dificuldades de compreensão da natureza de uma escala do tipo *Likert*. Também, através do pré-teste, foi percecionada a importância de, ao longo da entrevista ser, periodicamente, lembrado que o formulário se refere à satisfação com os enfermeiros e aos cuidados de enfermagem prestados na ECCI. Desta forma recolocava-se o foco naquilo que era suposto o entrevistado responder.

- **Telefone do qual se deveria estabelecer o contacto:** Um aspeto extremamente relevante, que emergiu da reunião com os peritos, foi a definição do telefone do qual se deveria estabelecer o contacto para a aplicação do SATENF-ECCI. Foi consensual que, este procedimento, deveria ser efetuado a partir do telefone oficial de cada uma das UCC/ECCI participantes no estudo. Deste modo, foi solicitado à ULSM o acesso, em cada ECCI, ao telefone fixo institucional, que foi prontamente fornecido, bem como a um espaço físico adequado à concretização das chamadas telefónicas.

- **Introdução à chamada telefónica:** Apesar do formulário incluir uma explicação sobre o estudo de forma a obter o consentimento informado, sentimos necessidade de fazer um texto introdutório que ajudasse a iniciar a conversação, via telefone, com o cliente dependente e/ou seu familiar cuidador. Com uma aproximação ao discurso utilizado ao telefone, com as pessoas inquiridas, redigiu-se um texto padrão que agilizou a abordagem e o início das entrevistas (Anexo 12).

- **Horário para efetuar as chamadas telefónicas:** No respeito pelos horários das rotinas diárias e de descanso dos potenciais inquiridos, decidiu-se efetuar as chamadas em dias úteis, entre as 9:30h e as 19:00h – exceto quando, após um primeiro contacto, a pessoa solicitasse um horário diferente (dentro do horário de funcionamento das instalações da ECCI).

- **Definição do momento de aplicação do instrumento:** Consensualizou-se que o formulário deveria ser aplicado após a “alta” ou, no máximo, até três meses após a “saída” da ECCI. Entendeu-se que a colheita de dados relativos à satisfação com os cuidados de enfermagem prestados por aquele serviço, durante a sua prestação ou utilização, poderia introduzir o *viés*. A acontecer, amplificava-se o efeito da desejabilidade social das respostas, pois o utilizador poderia tender a não comprometer ou a evitar conflitos com os intervenientes no processo. A decisão sobre o período de “até três meses após a alta”, foi justificada, essencialmente como forma de, para efeitos do nosso estudo, dada a baixa rotatividade dos casos nestas unidades, garantir uma amostra com dimensão suficiente, no mais curto espaço de tempo. Apesar de se pretender dar oportunidade aos respondentes para se distanciarem o suficiente do serviço, de forma a que as respostas fossem fruto de uma “avaliação maturada”, ficou evidente que, quando a aplicação do formulário fosse feita após conclusão da nossa investigação, os dados deveriam ser recolhidos até duas ou três semanas após a “alta” da ECCI.

Em síntese, o painel de peritos possibilitou uma ampliação da visão sobre a realidade em estudo, para além da perspetiva dos próprios utilizadores. Para além disto, as suas opiniões, ajudaram-nos a tomar decisões sobre a composição e critérios de aplicação do instrumento. Foi manifesta a liberdade de opiniões e perspetivas, dos diferentes peritos, em torno das questões debatidas. No equilíbrio sobre que posição tomar, em cada ponto da discussão, foi notória a intenção de construir consensos e viabilizar uma “solução que, para além da investigação, funcionasse de facto”. Desta maneira, o recurso a um painel de peritos, enquanto procedimento de pesquisa, no quadro do estudo metodológico, revelou-se uma mais-valia adequada ao carácter exploratório da investigação.



A perspectiva e contributo dos enfermeiros para a construção do formulário foi determinante para consolidar os itens e dimensões / áreas a incluir no, agora denominado, SATENF-ECCI\_Versão 1 (Anexo 13). O instrumento de colheita de dados, conforme o consenso final obtido com o painel de peritos e os resultados do pré-teste, manteve as dimensões – mas sofreu alterações na sua configuração. De uma forma global, manteve as suas sete dimensões da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI:

- 1) **Acesso aos cuidados de enfermagem** (11 itens);
- 2) **Envolvimento e participação dos clientes** (15 itens);
- 3) **Cuidados de enfermagem prestados** (16 itens);
- 4) **Competências do enfermeiro** (6 itens);
- 5) **Intensidade do acompanhamento** (2 itens);
- 6) **Organização dos cuidados** (4 itens);
- 7) **Continuidade dos cuidados** (4 itens).

Acresce, ainda, a questão relativa à satisfação global com o serviço – perfazendo um total de 59 itens ou questões. Às três questões relativas à perceção do respondente sobre a organização dos cuidados foi acrescentada o item *É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que é o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar?* A resposta a esta questão era feita, igualmente, através da dicotomia: *Sim/Não* ou, então, *Não aplicável/Não responde/Não sabe*. Manteve-se a última pergunta aberta: *Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?*

Definida uma versão estável do SATENF-ECCI e o conjunto dos procedimentos e meios para a sua aplicação, avançamos com a colheita de dados durante cerca de meio ano, o que nos permitiu reunir uma amostra com mais de 200 casos, a partir da qual procedemos ao estudo da fiabilidade da “medida” construída.

### **3.1.2 A fiabilidade e validade do SATENF-ECCI**

Inicialmente, prevíamos a análise da fiabilidade e da validade em duas partes, conforme as premissas em que nos baseámos para construir as duas partes do SATENF-ECCI – uma adaptada para ser aplicado ao principal membro da família prestador de cuidados (MFPC) e, outra parte, aferida para ser aplicada às pessoas com dependência. Quando partimos para o estudo, sabíamos que íamos ter dificuldade em obter um número “significativo” de pessoas dependentes a responder ao formulário, dada a natureza da maioria dos casos que são encaminhados para as ECCI. Mas, lamentavelmente, o número de pessoas dependentes que res-

ponderam, nos 222 casos atingidos, foi ainda mais reduzido que o esperado – correspondendo apenas a 27 (11,8%) do total das 228 pessoas inquiridas. Já a amostra de 201 membros da família prestadores de cuidados correspondeu a 88,2% dos respondentes.

O baixo número verificado na amostra de pessoas dependentes foi algo que já esperávamos no início do estudo – mas não com tanta intensidade. Ao longo da aplicação do formulário fomos percebendo as principais razões para o baixo número de pessoas dependentes. Dos casos estudados, 102 dependentes tinham falecido; 13 estavam internados no hospital (no momento do telefonema); outros, quase duas dezenas, tinham compromissos da consciência, quadros demenciais e/ou alterações da capacidade de comunicação. Para além das razões expostas, existiam, ainda, muitos casos com limitações na capacidade para se deslocarem até junto do telefone, uma vez que na maioria dos contactos que fizemos o número de telefone de destino era um número da rede fixa. Por vezes, os dependentes, de acordo com a informação dos MFPC, “*estavam a descansar...*”. Foi, ainda, interessante constatar que, nalgumas situações, o MFPC que nos respondia declinava a necessidade de o seu familiar dependente responder, alegando que este tinha a mesma opinião e iria responder no mesmo sentido. Como veremos adiante neste relatório, nos casos em que tivemos respostas dos “dois clientes” – MFPC e dependente – a correlação das respostas foi muito alta e significativa.

Face a estes resultados, questionámo-nos sobre a pertinência do estudo da fiabilidade e validade para uma amostra de 27 pessoas dependentes. Desde logo, verificámos que não seria possível efetuar uma análise fatorial em todas as subescalas / áreas do SATENF-ECCI, por esta não ser legitimada pelo coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). Foram os casos das subescalas: *D IV – Competências dos Enfermeiros* e *D VI – Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Também, segundo Hill e Hill (2002), o número mínimo de respostas válidas (N) para efetuar a análise fatorial, pelas orientações das *Regras do Polegar*, nunca deve ser inferior a 50. Importa destacar que estes números são baseados em experiências de vários investigadores, e não uma regra matemática e estatística pura. Estes autores recordam ainda “*(...) que, quanto maior for o tamanho da amostra, mais provável se torna que os resultados da análise possam ser generalizados, ou seja, mais provável se torna replicar os resultados usando outra amostra de dados*” (Hill & Hill, 2002, p.58).

No decurso da análise efetuada aos dados oriundos da amostra de 27 dependentes, foi recorrente a impossibilidade de executarmos alguns testes estatísticos, por ausência dos requisitos para os mesmos. Apesar destes constrangimentos, decidimos efetuar igualmente a análise das características do instrumento adaptado à pessoa dependente, mas apenas com a finalidade

de de verificar se existiam diferenças significativas na forma como os itens se comportavam em ambas as partes da amostra. Assim, foram repetidos os procedimentos levados a cabo para os resultados obtidos na amostra maior (de MFPC), em cada dimensão e na escala global. Inclusivamente, verificámos, em cada subescala, se existiam condições para realizar a análise fatorial – visto ser um teste que exige um maior tamanho de amostra. Quando não foi estatisticamente viável, ficámos-nos pela análise da consistência interna e não evoluímos para a análise dos fatores. Podemos reforçar, no entanto, que a análise da consistência interna permite conhecer a fiabilidade dos instrumentos de medida e é, também, considerada pelos autores (Hill & Hill, 2002; Pestana & Gageiro, 2003) como uma forma de validade. Portanto, os resultados do *alpha de Cronbach* foram uma forma de verificarmos se o constructo teórico foi corroborado pelos resultados nesta amostra de clientes dependentes. Efetivamente, este teste avalia a congruência que cada item tem com os restantes itens. Ou seja, avalia a consistência que o instrumento apresenta.

Relativamente ao tempo médio de resposta ao SATENF-ECCI (versão1), incluindo a explicação do estudo e a obtenção do consentimento, apurou-se um valor na ordem dos 27 minutos por cada respondente. Este valor, não se afastou muito dos tempos verificados no pré-teste. A recolha mais rápida demorou cerca de 20 minutos e mais demorada cerca de uma hora (62 minutos).

Dado o limitado número de casos com respostas do dependente, nesta parte do relatório, optámos somente pela explanação dos resultados obtidos com o estudo das respostas dos 201 MFPC. Como fica claro nos resultados que apresentamos a seguir, os itens relativos aos MFPC são designados por “PC 1...; PC 2...; PC 3...”, até “PC 59”; enquanto aqueles relativos às pessoas dependentes adotam a designação “PD 1...; PD2...”. Os procedimentos estatísticos, previstos para o estudo da fiabilidade e validade do instrumento construído, serão organizados subescala a subescala. Referimo-nos, como se percebe, a subescalas para designar as sete áreas ou dimensões da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Cada uma das subescalas assume designações do tipo: “PC I – Acesso aos cuidados de Enfermagem”; “PC II - Envolvimento e Participação dos Clientes” e assim sucessivamente, para cada uma das sete dimensões do SATENF-ECCI já apresentadas. Pelos motivos atrás expostos, os dados relativos à análise da fiabilidade e da validade do SATENF-ECCI, adaptado à Pessoa Dependente, são passíveis de consulta no anexo 14.

**Subescala / Dimensão PC I – Acesso aos Cuidados de Enfermagem**

Iniciando com uma análise descritiva, as médias ajudaram a perceber a forma como se distribuíram as respostas aos itens das subescalas. Podemos assinalar que os valores médios da satisfação, obtidos nas respostas aos itens relativos ao *Acesso aos Cuidados de Enfermagem*, foram muito elevados. O item com média mais baixa foi de 8,27 e o mais elevado foi de 9,32.

A partir da análise da frequência de respostas a cada item desta subescala, revelou-se pertinente a retirada do item *PC9 – Possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados* (n=34, 16,9%), por se encontrar com N<110, através do cálculo proposto por Pestana e Gageiro (2003) referido anteriormente. A possibilidade de escolha do enfermeiro da ECCI não é (ainda) uma realidade, o que justifica o baixo número de respostas válidas

Analísamos, ainda, o número de “não respostas” superiores a 20% da amostra. Os itens *(PC6) Visitas a casa para além das que estavam programadas* e *(PC11) Rapidez da resposta ou de orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da situação de saúde* apresentaram, respetivamente, 56 (27,9%) e 49 (24,4%) “não respostas”, conforme se visualiza na tabela 14. Apesar de não ter sido uma percentagem extremamente elevada, há autores (Pestana & Gageiro, 2003) que sugerem a sua análise atenta, verificando se estes valores caracterizam segmentos da amostra com características diferentes – algo que poderia perturbar a análise estatística, nomeadamente a análise fatorial.

Tabela 14. Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC I

Subescala - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	n	Méd	DP	Min	Máx
(PC1) Procedimento e tempo de espera para a admissão no serviço	20 1	8,46	1,79 7	1	10
(PC2) Acolhimento feito pelos enfermeiros	20 1	9,08	1,22 6	1	10
(PC3) Explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	20 1	8,86	1,31 5	2	10
(PC4) Facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro)	19 9	8,55	1,50 3	2	10
(PC5) Disponibilidade para atender aos seus pedidos e dúvidas	20 0	8,75	1,56 0	1	10
<b>(PC6) Visitas a casa para além das que estavam programadas</b>	<b>14 5</b>	<b>8,51</b>	<b>1,65 5</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
(PC7) Tempo dedicado à prestação de cuidados	20 1	8,27	1,70 6	1	10
(PC8) Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	19 9	8,98	1,56 5	1	10
<b>(PC9) Possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados</b>	<b>34</b>	<b>9,32</b>	<b>1,99 6</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
(PC10) Prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar	20 0	8,74	1,55 1	1	10
<b>(PC11) Rapidez da resposta ou de orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da situação de saúde</b>	<b>15 2</b>	<b>8,57</b>	<b>1,43 6</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

A análise da matriz de correlações, apresentada na tabela 15, revelou que quase todos os itens apresentam, entre si, valores de correlação positiva, de moderada a alta e com significado estatístico. Para além disso, a sua correlação como valor total da subescala (valor não corrigido) era, na maioria dos itens alta, o mesmo acontecendo com o item P59 – que se refere à satisfação global (Tabela 15).

No que se refere aos níveis de significância, verificados nas correlações entre os itens, os itens e o total da escala e os itens com o item que traduz a opinião global de satisfação (*PC59*), verificamos valores estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ) entre todos os itens e entre os itens com a subescala global. Apenas se verificou exceção no item *PC9* que, quando associado aos itens *PC1* ( $r\ 0,250$ ;  $p=0,154$ ) e ao item *PC11* ( $r\ 0,303$ ;  $p=0,098$ ), indica uma associação baixa e sem significado estatístico ( $p \geq 0,05$ ). Este facto, associado a sua fraca casuística, revela que o item *PC9* não apresenta uma associação significativa com dois dos itens da escala, o que veio reforçar a pertinência da sua retirada, anteriormente já sugerida.

O item *PCI* apenas apresentou uma correlação moderada com o item *PC2*. Com os restantes itens tem baixa correlação, todas com significado estatístico (exceto com o item *PC9*). Este item está, em parte, fora do controlo e da influência dos enfermeiros da ECCI e refere-se, ainda, a um período temporal imediatamente anterior ao do início formal da prestação de cuidados pelos enfermeiros da ECCI. Ou seja, refere-se ao período de referenciação para a ECCI, mas que consideramos extremamente importante e que interfere com a satisfação percebida pelos clientes. Digamos que é o início da experiência dos clientes e famílias, com este serviço. A amostra pareceu denunciar isto mesmo, que a sua relação com os restantes itens da escala não é muito grande, mas, como os valores de  $r$  estão dentro de um limite aceitável, decidimos manter o item.

Destacou-se, ainda, um valor de correlação muito alto, positivo e significativo entre os itens *PC5* e *PC10* ( $r\ 0,917$ ;  $p < 0,001$ ). Este achado sugere que, quanto maior é a satisfação com um item, também é tendencialmente maior no outro. Ou seja, os resultados sugerem que os participantes quando estão mais satisfeitos com a disponibilidade dos enfermeiros para responder às suas dúvidas, também estão satisfeitos com a prontidão da sua resposta. Por outro lado, o valor de correlação sugere que, os MFPC, podem confundir os conceitos de disponibilidade e de prontidão. Contudo, consideramos que estes itens medem coisas diferentes e merecem, cada um por si, manter-se na subescala. A disponibilidade implica uma posição, condição ou circunstância de estar disposto a atender às necessidades da outra pessoa – efetive ou não a sua intenção profissional. Enquanto o conceito de prontidão implica execução

da ação, respondendo às necessidades em cuidados dos clientes, de forma pronta e fácil. Portanto, apesar da sua associação estatística muito alta, consideramos importante manter a distinção entre estes dois conceitos, pelo que se mantiveram os itens originais. De ressaltar que, conforme se pode constatar adiante, a qualidade dos procedimentos para a análise da consistência interna e análise fatorial não são afetados por esta decisão.

Falta-nos averiguar se a análise da matriz das correlações apoia, ou não, a eliminação dos itens PC6 e PC11 sugerida pela análise da taxa de não respostas. Ambos os itens apresentaram valores de correlação moderada e, na sua maioria, alta com todos os itens (exceto com o item PC1 já mencionado) e alta com o total da subescala (valor não corrigido). Estes valores encontram-se perfeitamente adequados e não indiciam qualquer problema de associação entre os itens. Assim, podemos afirmar que, os achados descritos na análise das correlações, confirmam o valor e o interesse intrínsecos de cada item, com exceção do item *PC9*, e conferem poder discriminatório à subescala.

Na continuação da análise e decisão da eliminação dos itens PC6 e PC11, e apesar dos seus valores de correlação serem satisfatórios, verificámos, ainda, a matriz de correlação anti-imagem, onde todos os itens apresentaram diagonais de correlação altas ( $>0,5$ ) e valores baixos, ou negativos, fora da diagonal de correlação. Também os valores das comunalidades e da matriz das componentes foram altos, o que é desejável e não perturba o seu interesse na escala.

Apesar de estatisticamente não termos encontrado motivos fortes para a sua eliminação, cabe ao investigador excluir ou não da análise, de acordo com fundamentos teóricos subjacentes (Pestana & Gageiro, 2003). Assim, entendemos que estes itens parecem denunciar dois segmentos da população. Um relativo aos que não responderam ao item PC6 – que não precisaram de contactos domiciliários (visitas a casa), para além das que estavam programadas pois, eventualmente, tinham todos os dias e, até, mais do que uma vez por dia. Outra parte da população que não respondeu ao item PC11, relativa à rapidez da resposta face a problemas súbitos, pode ter considerado que este item não se aplicava ao seu caso. Entre vários motivos, por exemplo, podem não ter percebido nenhuma experiência de problemas súbitos ou de agravamento da situação de saúde da pessoa dependente. Este facto, por si só, não nos pareceu suficientemente forte para a sua eliminação. No entanto, estes dois itens pareceram estar teoricamente representados, de forma mais abrangente e não tão específica, noutro item – o (*PC10*) *Prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar* – apresentando correlação moderada ( $r\ 0,602$ ) com o *PC6* e alta ( $r\ 0,866$ ) com o

*PC11*. Assim, decidimos a eliminação destes dois itens, juntamente com o item *PC9* – admitindo a representação do significado dos itens, embora de forma mais global, no item mais genérico – *PC10*. De realçar que, o significado atribuído a estes diferentes itens, eliminados, já tinha sido objeto de discussão e dúvida – quer no pré-teste, quer no painel de peritos.

**Tabela 15.** Distribuição das correlações entre os itens da subescala *PC I* e entre os itens com o total da subescala e com o item *PC59*: Correlação de Pearson (*r*) não corrigida e nível de significância (*p*)

	(PC1)	(PC2)	(PC3)	(PC4)	(PC5)	(PC6)	(PC7)	(PC8)	(PC9)	(PC10)	(PC11)	PC I
<i>r</i>	,471**	1										
(PC2) <i>p</i>	,000											
<i>n</i>	201	201										
<i>r</i>	,368**	,838**	1									
(PC3) <i>p</i>	,000	,000										
<i>n</i>	201	201	201									
<i>r</i>	,366**	,657**	,680**	1								
(PC4) <i>p</i>	,000	,000	,000									
<i>n</i>	199	199	199	199								
<i>r</i>	,330**	,685**	,714**	,726**	1							
(PC5) <i>p</i>	,000	,000	,000	,000								
<i>n</i>	200	200	200	199	200							
<i>r</i>	,377**	,707**	,631**	,588**	,598**	1						
(PC6) <i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000							
<i>n</i>	145	145	145	145	145	145						
<i>r</i>	,394**	,699**	,692**	,624**	,668**	,670**	1					
(PC7) <i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000						
<i>n</i>	201	201	201	199	200	145	201					
<i>r</i>	,361**	,612**	,652**	,535**	,615**	,658**	,708**	1				
(PC8) <i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000					
<i>n</i>	199	199	199	197	198	144	199	199				
<i>r</i>	,250	,670**	,753**	,762**	,807**	,824**	,675**	,766**	1			
(PC9) <i>p</i>	,154	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
<i>n</i>	34	34	34	34	34	28	34	34	34			
<i>r</i>	,310**	,670**	,700**	,772**	,917**	,602**	,692**	,637**	,816**	1		
(PC10) <i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
<i>n</i>	200	200	200	198	199	145	200	199	34	200		
<i>r</i>	,253**	,491**	,489**	,686**	,779**	,543**	,534**	,458**	,303	,866**	1	
(PC11) <i>p</i>	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,098	,000		
<i>n</i>	152	152	152	152	152	135	152	151	31	152	152	
<i>r</i>	,553**	,847**	,844**	,826**	,874**	,811**	,834**	,789**	,861**	,887**	,815**	1
PC I <i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
<i>n</i>	201	201	201	199	200	145	201	199	34	200	152	201
<i>r</i>	,413**	,686**	,704**	,711**	,701**	,601**	,779**	,676**	,777**	,724**	,541**	,822**
(PC59) <i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
<i>n</i>	201	201	201	199	200	145	201	199	34	200	152	201

Portanto, após todas estas apreciações e atendendo à importância teórica dos itens, decidimos excluir os itens *PC6*, *PC9*, e *PC11*. Na tabela 16 indicamos os principais valores obtidos item a item, a propósito da validade e precisão, sendo que o coeficiente *alpha* de *Cronbach* para a subescala *Acesso aos Cuidados de Enfermagem* foi de **0,919**, correspondendo a um valor  *muito bom*; resultado que atesta o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

Pela análise da tabela 16 podemos, igualmente, verificar que a correlação corrigida continua moderada para o item *PC1*. O valor de  $\alpha$  da subescala total também aumentaria para 0,937 se o item fosse eliminado. Mas, apesar destes dados e conforme atrás descrito, continuámos a defender a manutenção teórica do item, pois o seu significado não surgia representado em nenhum dos outros itens e é considerável a sua relevância para o estudo da satisfação dos clientes. Todos os restantes itens assumiram valores positivos e altos de correlação corrigida.

Tabela 16. Análise da consistência interna dos itens da subescala PC I

Subescala - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	Média	Variância	DP	n
	69,60	97,507	9,875	8
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(PC1) Procedimento e tempo de espera para a admissão no serviço	61,15	80,415	0,427	0,937
(PC2) Acolhimento feito pelos enfermeiros	60,53	78,169	0,816	0,904
(PC3) Explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	60,75	76,902	0,812	0,904
(PC4) Facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro)	61,06	75,318	0,762	0,906
(PC5) Disponibilidade para atender aos seus pedidos e dúvidas	60,86	73,058	0,820	0,901
(PC7) Tempo dedicado à prestação de cuidados	61,35	71,790	0,785	0,904
(PC8) Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	60,62	75,441	0,718	0,910
(PC10) Prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar	60,87	73,040	0,828	0,900
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,919</b>			

Deste modo, a escala final referente ao *Acesso aos Cuidados de Enfermagem* foi renumerada, passando de 11 para oito itens (Tabela 16).

Passamos agora, para a análise da validade do constructo relativo ao *Acesso aos Cuidados de Enfermagem*, através da verificação da estrutura fatorial. Antes de a iniciar, verificámos o coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin*, em que se obteve um valor de 0,882 e o *Bartlett's Test of Sphericity* um valor do teste de qui-quadrado é 1321,216 para  $p < 0,001$ , legitimando-se, assim, um bom KMO que permitiu o prosseguimento da análise.



Para examinar a distribuição fatorial dos itens recorreu-se à análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais. E, para maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser, com rotação *Varimax*. Relativamente ao tipo de tratamento dos valores ausentes e como se obtiveram valores idênticos, quer através do comando do *IBM SPSS 21*® “excluye cases listwise” ou através do “excluye cases pairwise”, optámos pelo primeiro, por ser o de maior rigor e por ambos apresentarem valores semelhantes.

Na solução fatorial assim conseguida, extraiu-se apenas um fator, que explica 67% da variabilidade. Um valor razoável, pois segundo Reis (1977, Cit. por Pestana & Gageiro, 2003, p.504) “(...) um critério subjetivo para a extração do número de fatores consiste em reter os que explicam pelo menos 60% da variância total (...)”. A carga fatorial dos itens pode ser observado no quadro 1 e vem confirmar o carácter unidimensional desta subescala, já pronunciada anteriormente pelas correlações, predominantemente altas, observadas na matriz correlacional inter-itens.

De modo geral, verificou-se carga fatorial, ou saturação, elevada e relevante ( $> 0,50$ ) (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Este facto demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma única dimensão, que coincide com a agregação num único fator da subescala PC I– *Acesso aos Cuidados de Enfermagem*. De salientar, ainda, que o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala, resultante da análise fatorial, é muito bom, significando que a escala é consistente. A rotação ortogonal *Varimax* não surtiu resultados, pois apenas um componente foi extraído e os valores de saturação eram já elevados e bem definidos no fator, antes da rotação.

Quadro 1. Solução fatorial da subescala PC I

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(PC1) Procedimento e tempo de espera para a admissão no serviço	0,504
(PC2) Acolhimento feito pelos enfermeiros	0,867
(PC3) Explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	0,875
(PC4) Facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro)	0,830
(PC5) Disponibilidade para atender aos seus pedidos e dúvidas	0,882
(PC7) Tempo dedicado à prestação de cuidados	0,844
(PC8) Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	0,786
(PC10) Prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar	0,889
Eigenvalues = <b>5,36</b> Variância total = <b>67,00%</b> $\alpha$ Cronbach global = <b>0,919</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

A análise fatorial foi sobretudo útil na confirmação do grau de concordância semelhante, agrupando os itens da subescala, num mesmo fator e confirmando a agregação teórica preconizada e assumida, à partida. O mesmo se verificou na análise do comportamento dos itens na subescala aferida à parte da amostra de pessoas dependentes. Neste último caso, obteve-se uma configuração idêntica à dos MFPC, resultando num único componente extraído com um coeficiente *alpha* de *Cronbach*, para a subescala D I *Acesso aos Cuidados de Enfermagem* de **0,969**. Este valor corresponde, igualmente, a um valor *muito bom* e que confirma a sua capacidade de lhe conferir critérios de fidelidade, atestando o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

### **Subescala PC II – Envolvimento e Participação dos Clientes**

Na subescala relativa ao *Envolvimento e Participação dos Clientes*, podemos observar médias elevadas nas resposta aos itens. A média mais baixa correspondeu a 6,25 e a mais elevada foi de 8,74. Já quanto ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 1,289 e 2,197.

Conforme o preconizado metodologicamente, pela análise da frequência de respostas a cada item da subescala (Tabela 17), sugeriu-se a eliminação dos itens: (PC19) *Orientações dadas sobre os exames efetuados ao seu familiar (de sangue, de urina)* (n=123, 61,2%); e (PC24) *Promoção de atividades de socialização e de lazer para o seu familiar* (n=64, 31,8%) – por se encontrarem com um número de respostas, claramente, inferior a 150 – através da aplicação das *Regras do Polegar* já referidas.

O baixo número de respostas nestes dois itens pode dever-se ao facto de que, os clientes que não responderam, não experienciaram a necessidade de obter orientações específicas sobre exames efetuados à pessoa dependente. Por outro lado, outros clientes, não sentiram a necessidade (ou não tinham essa expectativa) de promoção, por parte dos enfermeiros da equipa, de atividades de socialização e lazer para o seu familiar.

Também outros três itens: (PC12) *Promoção da participação do seu familiar dependente, no planeamento dos cuidados*; (PC13) *Promoção da participação do seu familiar dependente, nos próprios cuidados que lhe foram prestados* e (PC14) *Promoção da participação do seu familiar dependente, nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados*, registaram, respetivamente, 143, 142 e 142 respostas. Mas, face à eliminação clara dos itens PC19 e PC24, o número mínimo de respostas válidas, exigidas pela fórmula de cálculo do tama-

nho da amostra, foi reduzido para 130 – deixando os itens *PC12*, *PC13* e *PC14* dentro dos limites que asseguravam uma amostra com uma dimensão aceitável.

Passando à análise do número de “não respostas” superiores a 20%, constatamos que aqueles três itens (*PC12*, *PC13* e *PC14*) apresentaram, respetivamente, 58 (28,9%), 59 (29,4%) e 59 (29,4%) “não respostas”, conforme se confirma na tabela 17. Assim, deveria ser repensada a sua permanência na subescala pois, apesar de não se distanciarem muito do valor limite de referência de não respostas (20%), eles podiam perturbar a análise fatorial futura. Optámos, por não os eliminar, por agora, continuando a observação do seu comportamento na análise das correlações.

Tabela 17. Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC II

Subescala - Envolvimento e Participação dos Clientes	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(PC12) Promoção da participação do seu familiar dependente, no planeamento dos cuidados	143	8,29	1,767	1	10
(PC13) Promoção da participação do seu familiar dependente, nos próprios cuidados que lhe foram prestados	142	8,32	1,687	1	10
(PC14) Promoção da participação do seu familiar dependente, nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados	142	8,33	1,692	1	10
(PC15) Forma como foi promovida a sua participação, no planeamento dos cuidados	199	8,61	1,654	1	10
(PC16) Forma como foi promovida a sua participação, nos cuidados	199	8,60	1,663	1	10
(PC17) Forma como foi promovida a sua participação, nas decisões sobre os cuidados	199	8,59	1,661	1	10
(PC18) Orientações dadas sobre os cuidados prestados	200	8,74	1,436	1	10
<b>(PC19) Orientações dadas sobre os exames efetuados ao seu familiar (de sangue, de urina)</b>	<b>123</b>	<b>8,72</b>	<b>1,289</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
(PC20) Orientações dadas sobre a medicação	185	8,53	1,625	1	10
(PC21) Orientações dadas sobre a evolução da condição de saúde do seu familiar	200	8,68	1,553	1	10
(PC22) Informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à situação do seu familiar	163	7,85	1,811	1	10
(PC23) Informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento na condição de saúde	197	8,40	1,650	1	10
<b>(PC24) Promoção de atividades de socialização e de lazer para o seu familiar</b>	<b>64</b>	<b>6,25</b>	<b>2,197</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
(PC25) Fornecimento de informações sobre os seus direitos	194	7,79	2,133	1	10
(PC26) Fornecimento de informações sobre os seus deveres	194	7,80	2,138	1	10

A matriz de correlações inter-itens revelou que, em geral, os itens apresentavam valores de correlação de moderadas a altas e ainda, positivas entre si. Apenas o item PC24 apresentou valores de correlação baixos com os itens: PC12 ( $r$  0,323;  $p=0,010$ ); PC13 ( $r$  0,347;  $p=0,006$ ) e PC14 ( $r$  0,323;  $p=0,010$ ) – o que veio reforçar a pertinência da sua retirada, anteriormente sugerida. Já com o total da subescala (valor não corrigido), os itens apresentaram associações positivas altas ou muito altas, exceto o item PC24, que apresentou um valor de  $r$  0,679 ( $p<0,001$ ). Com o item *P59* – que se refere à satisfação global, os valores de correlação foram, na maioria, elevados (Tabela 18).

Da matriz de correlações evidenciaram-se três manchas ou núcleos de valores de associação positivos e muito próximos de um, com alto significado estatístico: entre os itens PC12,

PC13 e PC14 (todos com  $r = 1,000$ ;  $p < 0,001$ ); entre os itens PC15, PC16 e PC17 ( $r$  entre 0,995 e 0,999;  $p < 0,001$ ) e; entre os itens PC25 e PC26 ( $r = 0,998$ ;  $p < 0,001$ ). Ou seja, estes acontecimentos indiciam a multicolinearidade entre as variáveis – ou seja, variáveis com associações lineares exatas ou aproximadamente exatas (próximas de um). Este achado perturbaria a análise multivariada de regressões, a fazer adiante, pelo que se optou por agregar estas variáveis em três novas variáveis. Prova de que a multicolinearidade prejudicaria a evolução do tratamento estatístico dos dados, é o facto de, ao tentarmos realizar a análise fatorial exploratória, nos termos deparado com um erro estatístico no *IBM SPSS 21*<sup>®</sup> (*This matrix is not positive definite*) que não permitia a obtenção do valor do coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin*, para evoluirmos para a análise fatorial. Com estes pressupostos efetuámos a agregação das variáveis (através do comando *Transform – Compute Variable* no *IBM SPSS 21*<sup>®</sup>), pela média e ignorando os *missings*, conforme a seguir se explica.

O primeiro núcleo de itens refere-se à forma como foi promovida a participação do familiar dependente e, em cada item, tenta-se especificar as áreas dessa participação: no planeamento dos cuidados, nos cuidados prestados e nas decisões sobre os cuidados. O segundo núcleo de itens refere-se à mesma especificação, mas relativa à forma como os enfermeiros promoveram a participação do próprio MFPC. Em ambos os casos, os respondentes parecem não conseguir responder com tanta granularidade, apresentando o mesmo sentido e intensidade nos dois conjuntos de itens. Assim, atendendo ao valor intrínseco de cada um destes itens, quer estatística quer teoricamente, fizemos a agregação de cada conjunto num item mais global, para efeitos desta análise. Com estes pressupostos efetuámos a respetiva agregação das variáveis PC12, PC13 e PC14, numa variável única – denominada (*PC\_PD*) *Promoção da participação do seu familiar dependente*. Da mesma forma, efetuámos a computação das variáveis PC15, PC16 e PC17, gerando a variável (*PC\_P*) *Forma como foi promovida a sua participação*.

Já o terceiro núcleo de variáveis corresponde aos itens: (*PC25*) *Fornecimento de informações sobre os seus direitos* e (*PC26*) *Fornecimento de informações sobre os seus deveres*. Ambos os itens se referem às informações que os enfermeiros forneceram relativamente a um conjunto de normas que o cliente deve conhecer, no caso da questão PC25, como benefícios ou regalias do cliente e, no caso da questão PC26, de normas que deve respeitar. Ora, a amostra, baseando-nos na associação linear positiva e quase perfeita que apresentaram, pareceu entender estes conceitos como idênticos e extremamente agregados. Neste cenário, optámos por agregar estas duas variáveis criando a nova variável (*PC\_IDD*) *Fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres*.

**Tabela 18.** Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC II e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

		(PC 12)	(PC 13)	(PC 14)	(PC 15)	(PC 16)	(PC 17)	(PC 18)	(PC 19)	(PC 20)	(PC 21)	(PC 22)	(PC 23)	(PC 24)	(PC 25)	(PC 26)	PC II
(PC 13)	r	1,000 <sup>**</sup>	1														
	p	0,000															
	n	141	142														
(PC 14)	r	1,000 <sup>**</sup>	1,000 <sup>**</sup>	1													
	p	0,000	0,000														
	n	142	141	142													
(PC 15)	r	,661 <sup>*</sup>	,672 <sup>*</sup>	,674 <sup>*</sup>	1												
	p	,000	,000	,000													
	n	141	140	140	199												
(PC 16)	r	,661 <sup>*</sup>	,672 <sup>*</sup>	,674 <sup>*</sup>	,999 <sup>*</sup>	1											
	p	,000	,000	,000	,000												
	n	141	140	140	199	199											
(PC 17)	r	,661 <sup>*</sup>	,672 <sup>*</sup>	,674 <sup>*</sup>	,995 <sup>*</sup>	,996 <sup>*</sup>	1										
	p	,000	,000	,000	,000	,000											
	n	141	140	140	199	199	199										
(PC 18)	r	,787 <sup>*</sup>	,812 <sup>*</sup>	,815 <sup>*</sup>	,761 <sup>*</sup>	,759 <sup>*</sup>	,759 <sup>*</sup>	1									
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000										
	n	142	141	141	199	199	199	200									
(PC 19)	R	,561 <sup>*</sup>	,555 <sup>*</sup>	,561 <sup>*</sup>	,706 <sup>*</sup>	,706 <sup>*</sup>	,705 <sup>*</sup>	,812 <sup>*</sup>	1								
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000									
	n	91	91	91	123	123	123	123	123								
(PC 20)	R	,682 <sup>*</sup>	,726 <sup>*</sup>	,728 <sup>*</sup>	,841 <sup>*</sup>	,836 <sup>*</sup>	,836 <sup>*</sup>	,907 <sup>*</sup>	,779 <sup>*</sup>	1							
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000								
	n	130	129	129	185	185	185	185	122	185							
(PC 21)	R	,737 <sup>*</sup>	,763 <sup>*</sup>	,765 <sup>*</sup>	,782 <sup>*</sup>	,779 <sup>*</sup>	,778 <sup>*</sup>	,930 <sup>*</sup>	,789 <sup>*</sup>	,946 <sup>*</sup>	1						
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000							
	n	143	142	142	198	198	198	199	123	185	200						
(PC 22)	R	,676 <sup>*</sup>	,677 <sup>*</sup>	,676 <sup>*</sup>	,702 <sup>*</sup>	,701 <sup>*</sup>	,698 <sup>*</sup>	,680 <sup>*</sup>	,599 <sup>*</sup>	,695 <sup>*</sup>	,667 <sup>*</sup>	1					
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000						
	n	120	120	120	163	163	163	163	110	157	162	163					
(PC 23)	R	,704 <sup>*</sup>	,733 <sup>*</sup>	,735 <sup>*</sup>	,752 <sup>*</sup>	,748 <sup>*</sup>	,747 <sup>*</sup>	,889 <sup>*</sup>	,764 <sup>*</sup>	,887 <sup>*</sup>	,918 <sup>*</sup>	,705 <sup>*</sup>	1				
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000					
	n	140	139	139	195	195	195	196	122	184	196	161	197				
(PC 24)	R	,323 <sup>*</sup>	,347 <sup>*</sup>	,323 <sup>*</sup>	,488 <sup>*</sup>	,488 <sup>*</sup>	,488 <sup>*</sup>	,435 <sup>*</sup>	,418 <sup>*</sup>	,489 <sup>*</sup>	,461 <sup>*</sup>	,534 <sup>*</sup>	,499 <sup>*</sup>	1			
	P	,010	,006	,010	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000				
	n	62	61	62	63	63	63	63	50	62	64	63	63	64			
(PC 25)	R	,557 <sup>*</sup>	,580 <sup>*</sup>	,579 <sup>*</sup>	,713 <sup>*</sup>	,709 <sup>*</sup>	,706 <sup>*</sup>	,743 <sup>*</sup>	,744 <sup>*</sup>	,747 <sup>*</sup>	,778 <sup>*</sup>	,726 <sup>*</sup>	,757 <sup>*</sup>	,726 <sup>*</sup>	1		
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
	n	136	135	135	194	194	194	194	123	183	193	162	191	63	194		
(PC 26)	R	,557 <sup>*</sup>	,580 <sup>*</sup>	,579 <sup>*</sup>	,712 <sup>*</sup>	,708 <sup>*</sup>	,705 <sup>*</sup>	,746 <sup>*</sup>	,742 <sup>*</sup>	,750 <sup>*</sup>	,777 <sup>*</sup>	,704 <sup>*</sup>	,757 <sup>*</sup>	,709 <sup>*</sup>	,998 <sup>*</sup>	1	
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	n	136	135	135	194	194	194	194	123	183	193	162	191	63	194	194	
PC II	R	,821 <sup>*</sup>	,842 <sup>*</sup>	,842 <sup>*</sup>	,897 <sup>*</sup>	,895 <sup>*</sup>	,893 <sup>*</sup>	,914 <sup>*</sup>	,847 <sup>*</sup>	,909 <sup>*</sup>	,920 <sup>*</sup>	,831 <sup>*</sup>	,895 <sup>*</sup>	,679 <sup>*</sup>	,876 <sup>*</sup>	,873 <sup>*</sup>	1
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	n	143	142	142	199	199	199	200	123	185	200	163	197	64	194	194	201
(PC 59)	R	,716 <sup>*</sup>	,743 <sup>*</sup>	,736 <sup>*</sup>	,719 <sup>*</sup>	,713 <sup>*</sup>	,709 <sup>*</sup>	,830 <sup>*</sup>	,691 <sup>*</sup>	,781 <sup>*</sup>	,821 <sup>*</sup>	,682 <sup>*</sup>	,788 <sup>*</sup>	,481 <sup>*</sup>	,756 <sup>*</sup>	,757 <sup>*</sup>	,852 <sup>**</sup>
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	143	142	142	199	199	199	200	123	185	200	163	197	64	194	194	201

Depois de computadas as variáveis, voltamos a verificar as correlações. Como se pode observar (Tabela 18), todas as variáveis apresentam correlações positivas e altamente significativas entre elas ( $p < 0,001$ ). A variável *PC\_PD* apresenta associações moderadas e altas, com todos os itens da subescala. Já com o item *PC59* e o total da subescala, as correlações são altas. No caso da *PC\_P*, apresenta correlações altas, quer inter-itens, quer com o total e o item *PC59*. Apenas tem correlação moderada com a sua congénere *PC\_PD* ( $r 0,662$ ). Já o item *PC\_IDD* mostra relação moderada apenas com o item *PC\_PD* ( $r 0,557$ ) e correlações altas com os restantes itens, total e *PC59*.

De realçar que, após estes procedimentos, continuavam a existir variáveis com associações superiores a  $r 0,900$ , todos com significado estatístico ( $p < 0,001$ ). Foram elas: entre os itens *PC18* e *PC20* ( $r 0,907$ ); entre *PC18* e *PC21* ( $r 0,930$ ); *PC20* e *PC21* ( $r 0,946$ ) e; entre *PC21* e *PC23* ( $r 0,918$ ). Observando os seus significados e pressupostos teóricos que originaram estes itens, entendemos que estes deveriam ser mantidos. Assim, protelamos a decisão sobre a sua eliminação ou agregação para a fase posterior, conforme os valores de *alpha* de *Cronbach* e a análise fatorial.

Desta maneira, estávamos em condições para avançar para o estudo da fidelidade, com uma nova configuração da subescala, que passa de 15 itens para oito itens, devido às agregações de itens originais que fizemos.

A subescala *PC II Envolvimento e Participação dos Clientes*, composta agora por oito itens, apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,963**, correspondendo a um valor *muito bom*, atestando o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

Observando a tabela 19, verificamos que aos valores de correlação corrigida são altos ou muito altos entre todas as variáveis. Para além disso, o valor de *alpha* do construto ficaria praticamente inalterado, se algum dos itens fosse apagado.

Tabela 19. Análise da consistência interna dos itens da subescala PC II

Estatística da Subescala PC II - Envolvimento e Participação dos Clientes	Média	Variância	DP	n
	64,81	149,807	12,240	8
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(PC_PD) Promoção da participação do seu familiar dependente	56,60	118,763	0,770	0,963
(PC_P) Forma como foi promovida a sua participação	56,41	116,434	0,831	0,960
(PC18) Orientações dadas sobre os cuidados prestados	56,34	117,477	0,937	0,955
(PC20) Orientações dadas sobre a medicação	56,49	114,026	0,928	0,954
(PC21) Orientações dadas sobre a evolução da condição de saúde do seu familiar	56,41	114,558	0,945	0,954
(PC22) Informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à situação do seu familiar	57,21	116,409	0,821	0,960
(PC23) Informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento na condição de saúde	56,64	113,833	0,925	0,954
(PC_IDD) Fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres	57,58	110,872	0,775	0,966
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,963</b>			

Prosseguindo na validação do construto, continuámos a obter um coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* de 0,918 e o *Bartlett's Test of Sphericity* um valor do teste de qui-quadrado é 1281,524 para  $p < 0,001$ , legitimando-se, assim, um KMO muito bom para prosseguir a análise fatorial. Este valor foi atingido, pois anulámos a multicolinearidade, através da agregação dos itens com associações quase perfeitas.

Na matriz de correlação anti-imagem, observa-se que os itens apresentam diagonais de correlação altas ( $>0,5$ ) e valores baixos, ou negativos, fora da diagonal de correlação. Sobre os valores das comunalidades todos são elevados, apenas o item PC\_PD apresenta um valor menor (0,678) mas, mesmo assim, considerável. Quanto à matriz das componentes, verificaram-se pesos de correlação altos na componente específica, o que sugere o interesse de todos estes itens, incluídos na análise fatorial, para medir a variável – *Envolvimento e Participação dos Clientes*.

Continuámos para a análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e tratando os valores ausentes no *IBM SPSS 21*® pelo critério “*exclude cases listwise*”. O procedimento extraiu apenas um fator, com um valor bastante expressivo, que explica 81,26% da variabilidade. A carga fatorial dos itens pode ser observada no quadro 2 e vem confirmar o carácter unidimensional desta subescala, já pronunciada anteriormente pelas correlações observadas na matriz correlacional inter-itens.

No que respeita às cargas fatoriais, verificaram-se saturações elevadas e relevantes, entre 0,823 e 0,963. Este facto demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma

única dimensão, que coincide com a agregação num único fator da subescala II – *Envolvimento e Participação dos Clientes*. Também o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala é muito bom, significando que a escala é consistente.

Quadro 2. Solução fatorial da subescala PC II

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(PC_PD) Promoção da participação do seu familiar dependente	0,823
(PC_P) Forma como foi promovida a sua participação	0,873
(PC18) Orientações dadas sobre os cuidados prestados	0,957
(PC20) Orientações dadas sobre a medicação	0,951
(PC21) Orientações dadas sobre a evolução da condição de saúde do seu familiar	0,963
(PC22) Informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à situação do seu familiar	0,858
(PC23) Informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento na condição de saúde	0,947
(PC_IDD) Fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres	0,825
Eigenvalues = <b>6,50</b> Variância total = <b>81,26%</b> a Cronbach global = <b>0,963</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

Mais uma vez, os procedimentos estatísticos sustentaram e aperfeiçoaram a agregação teórica e atestaram a fiabilidade e consistência da subescala assumida. Comparativamente, a subescala D II - *Envolvimento e Participação dos Clientes* -, composta também pelos mesmos oito itens, apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,982**, correspondendo a um valor *muito bom*, conferindo-lhe critérios de fidelidade e de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

### Subescala PC III – Cuidados de Enfermagem Prestados

Da análise da estatística descritiva da subescala PC III continuamos, à semelhança da realizada com a subescalas anteriores, a observar médias elevadas de satisfação nos diferentes itens. A média mais baixa correspondeu a 7,55 e a mais elevada foi de 8,81. No que se refere ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 1,243 e 2,533.

De uma forma geral, observaram-se frequências de resposta aos itens (Tabela 20) baixas e com taxas de “não respostas” (*Missings*) elevadas – o que antevê, por esta análise, uma redução drástica de itens. Pela aplicação das *Regras do Polegar*, perante os 16 itens que integravam a subescala inicial, deveríamos ter uma frequência de respostas a cada item superior a 80. Abaixo deste valor tivemos os itens: (PC27) *Cuidados prestados, ao seu familiar dependente, de higiene corporal e conforto* (n=18; 9%); (PC28) *Cuidados para o vestir ou*



*calçar* (n=27; 13,4%); (PC29) *Cuidados relativos ao arranjo pessoal (unhas, cabelo)* (n=12; 6%); (PC35) *Cuidados centrados nas limitações, do seu familiar, para usar a cadeira de rodas (uso de rampas ou plataformas verticais)* (n=56; 27,9%); (PC36) *Cuidados centrados nas limitações para andar (com ou sem uso de recursos: andarilho, bengala, canadiana)* (n=75; 37,3%); (PC41) *Cuidados centrados na promoção da capacidade do seu familiar tomar os medicamentos e usar equipamentos (insulina, oxigenoterapia)* (n=67; 33,3%). Com valores desta envergadura, optámos por retirar estes itens da análise. Também a análise teórica de cada item sugeriu, mais uma vez, que a amostra parece estar mais apta a responder de forma mais global do que de forma tão específica. Para além disso, a formulação dos itens referia-se a cuidados específicos que poderiam não ter sido necessários ou, então, não foram prestados.

Ao analisarmos os itens *PC27*, *PC28* e *PC29*, em concreto, percebemos que dizem respeito a cuidados que não são prestados, diretamente ou exclusivamente, pelos enfermeiros da ECCI – mas antes, ou também, por outros profissionais ou serviços de apoio – e até mesmo pelos familiares cuidadores. Poderíamos afirmar que os enfermeiros interferem sempre neste tipo de cuidados, nem que seja de forma informativa ou prescritiva quanto à forma de os executar – seja o MFPC ou outro profissional a executá-los. No entanto, os participantes pareceram entender a pergunta como algo que é executado tacitamente e, não, como um cuidado que os enfermeiros estão atentos, monitorizam e intervêm. Assim, teoricamente conseguimos entender esta interpretação da amostra e consideramos que o conteúdo dos itens se mantem espelhado, embora de forma mais geral, nos itens *PC37*, *PC38* e *PC40*. Os itens *PC35* e *PC36* constituem outro grupo de itens, com baixa frequência de resposta, e muito associados a cuidados de recuperação e reabilitação funcional. Admitimos que nem todos os clientes foram alvo deste tipo de cuidados, até porque o seu potencial de recuperação poderia ser limitado, razão pela qual não responderam (i.e: a resposta foi: “*não se aplica*”). Por outro lado, aceitamos a sua eliminação pois entendemos que os itens se encontram representados no item (*PC40*) *Promoção da autonomia do dependente nas atividades de vida diária*. Por fim, o item (*PC41*) *Cuidados centrados na promoção da capacidade do seu familiar tomar os medicamentos e usar equipamentos* é outra variável em que se denota uma especificidade de cuidado dos enfermeiros. Mais uma vez, os respondentes pareceram não associar este item aos cuidados prestados pelos enfermeiros, pelo que se admite que um grande número de clientes não foi alvo daqueles cuidados. Optámos, assim, pela sua eliminação, pois o que se pretendia medir encontra-se, por assim dizer, de forma mais genérica, nos itens:

PC37, PC38 e PC40, como se percebe da análise do conteúdo dos itens. Ora, com esta análise, eliminámos seis itens.

Procedemos, então, à análise do número de “não respostas” de cada um dos itens da subescala. Tivemos sete itens com “não respostas” superiores a 20%. Foram eles: (PC30) *Cuidados relacionados com o alimentar-se* (n=117; 58,2%); (PC31) *Cuidados para usar o sanitário (urinar, defecar, usar a fralda e efetuar a higiene íntima)* (n=61; 30,3%); (PC32) *Cuidados para se levantar (elevar o corpo ou partes)* (n=45; 22,4%); (PC33) *Cuidados para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão* (n=48; 23,9%); (PC34) *Cuidados para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama* (n=49; 24,4%); (PC40) *Promoção da autonomia do dependente nas atividades de vida diária* (n=43; 21,4%) e; (PC42) *Apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa (quarto, WC, equipamentos necessários)* (n=48; 23,9%). Antes de os eliminarmos, efetuámos a observação atenta de cada item. Os itens PC30, PC31 e PC42 evidenciam o mesmo comportamento que os itens atrás referidos (PC27, PC28 e PC29). São cuidados que não são prestados, necessariamente, a todos os clientes, pelo que é compreensível a sua baixa taxa de reposta. Igualmente, consideramos que os itens PC30 e PC31 se encontram, de alguma forma, representados nos itens: PC37, PC38 e PC40. Já o item PC42 está indicado nos itens PC37 e PC38.

Relativamente aos itens PC32, PC33 e PC34, estão associados a cuidados específicos de recuperação e reabilitação e, também estes, encontram-se, por assim dizer, representados ou incluídos no item PC40.

Sobre o item PC40, apresentou uma taxa de não respostas muito próxima do limite aceitável (21,4%) e, por diversas vezes, já referimos que ele assegura a representação de vários itens já propostos para eliminação. Assim, face à sua também relevância teórica decidimos, por hora, manter este item e verificar a pertinência da sua retirada com a ajuda dos valores de correlação e da consistência interna.

Em qualquer dos itens “eliminados” da subescala, não identificámos problemas na interpretação e significado dos itens ou ainda, em dificuldades dos respondentes em compreender o conteúdo da questão. Aquilo que acontece e explica a frequência das respostas apuradas radica no facto de serem itens que remetem para cuidados que são prestados em situações mais específicas. Também entendemos que os respondentes tenderam a encontrar sempre um significado para o seu caso em itens mais abrangentes do que em itens mais específicos. Estes factos, desde logo, sugerem que os itens desta subescala deviam ser mais amplos, e não com

tanta especificidade, para que os diferentes respondentes, com necessidades diversas de cuidados concretos, se consigam posicionar num valor de satisfação face a um item.

Tabela 20. Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC III

Subescala PC III - Cuidados de Enfermagem Prestados	To- tal	Mé- dia	Des- vio Pa- drão	Mi- ni- mo	Máx- imo
(PC27) Cuidados prestados, ao seu familiar dependente, de higiene corporal e conforto	18	7,7 8	2,53 3	2	10
(PC28) Cuidados para o vestir ou calçar	27	8,5 6	1,60 1	3	10
(PC29) Cuidados relativos ao arranjo pessoal (unhas, cabelo)	12	8,5 0	1,24 3	6	10
(PC30) Cuidados relacionados com o alimentar-se	84	8,6 9	1,37 1	2	10
(PC31) Cuidados para usar o sanitário (urinar, defecar, usar a fralda e efetuar a higiene íntima)	14 0	8,6 6	1,47 2	2	10
(PC32) Cuidados para se levantar (elevar o corpo ou partes)	15 6	8,7 8	1,54 6	2	10
(PC33) Cuidados para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão	15 3	8,7 8	1,55 6	2	10
(PC34) Cuidados para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama	15 2	8,7 3	1,60 3	2	10
(PC35) Cuidados centrados nas limitações, do seu familiar, para usar a cadeira de rodas (uso de rampas ou plataformas verticais)	56	8,2 5	1,82 2	2	10
(PC36) Cuidados centrados nas limitações para andar (com ou sem uso de recursos: andador, bengala, canadiana)	75	8,8 1	1,50 4	2	10
(PC37) Cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, de prevenção e vigilância dos sinais e sintomas)	19 6	8,6 1	1,60 6	1	10
(PC38) Preparação fornecida para o ajudar, a si, a tomar conta do seu familiar dependente (conhecimentos e capacidades)	19 8	8,6 2	1,53 9	1	10
(PC39) Apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	19 8	8,8 1	1,68 9	1	10
(PC40) Promoção da autonomia do dependente nas atividades de vida diária	15 8	7,7 0	1,90 0	1	10
(PC41) Cuidados centrados na promoção da capacidade do seu familiar tomar os medicamentos e usar equipamentos (insulina, oxigenoterapia)	67	7,9 6	1,83 8	1	10
(PC42) Apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa (quarto, WC, equipamentos necessários)	15 3	7,5 5	2,19 4	1	10

A matriz de correlações inter-itens (Tabela 21) revela que os itens apresentaram valores de correlação altos e positivos entre si. Apenas o item PC40 apresentou um valor de correlação moderado com o item PC37 ( $r\ 0,671$ ;  $p<0,001$ ). Este valor de associação, não levantou qualquer dúvida da sua permanência na escala. Nas correlações de todos os itens com o total da subescala (valor não corrigido) e o item PC59, todos apresentaram associações positivas altas, com significado estatístico ( $p<0,001$ ).

Tabela 21. Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC III e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59

		(PC 27)	(PC 28)	(PC 29)	(PC 30)	(PC 31)	(PC 32)	(PC 33)	(PC 34)	(PC 35)	(PC 36)	(PC 37)	(PC 38)	(PC 39)	(PC 40)	(PC 41)	(PC 42)	PC III
(PC 28)	r	1,00 0"	1															
	p	0,00 0																
	n	12	27															
(PC 29)	r	1,00 0"	1,00 0"	1														
	p	0,00 0	0,00 0															
	n	8	9	12														
(PC 30)	r	,914 "	,884 "	,831 "	1													
	p	,001 9	,001 10	,006 9	,84 907													
	n	9	10	9	84													
(PC 31)	r	,893 "	,961 "	,848 "	,907 "	1												
	p	,000 15	,000 25	,000 12	,000 75	,140 75												
	n	15	25	12	75	140												
(PC 32)	r	,949 "	,918 "	,822 "	,784 "	,887 "	1											
	p	,000 14	,000 25	,002 11	,000 73	,000 121	,156 156											
	n	14	25	11	73	121	156											
(PC 33)	r	,960 "	,921 "	,848 "	,781 "	,884 "	,999 "	1										
	p	,000 15	,000 26	,000 12	,000 70	,000 118	,000 151	,153 153										
	n	15	26	12	70	118	151	153										
(PC 34)	r	,944 "	,905 "	,465 "	,759 "	,872 "	,992 "	,993 "	1									
	p	,000 12	,000 23	,207 9	,000 67	,000 116	,000 147	,000 144	,152 152									
	n	12	23	9	67	116	147	144	152									
(PC 35)	r	,577 "	,900 "	,333 "	,828 "	,945 "	,971 "	,974 "	,984 "	1								
	p	,423 4	,000 11	,667 4	,000 23	,000 50	,000 56	,000 56	,000 56	,56 56								
	n	4	11	4	23	50	56	56	56	56								
(PC 36)	r	,986 "	,950 "	,577 "	,631 "	,938 "	,957 "	,960 "	,961 "	,976 "	1							
	p	,014 4	,000 15	,423 4	,007 17	,000 52	,000 71	,000 71	,000 72	,000 33	,75 75							
	n	4	15	4	17	52	71	71	72	33	75							
(PC 37)	r	,898 "	,873 "	,692 "	,765 "	,769 "	,840 "	,839 "	,829 "	,867 "	,897 "	1						
	p	,000 17	,000 26	,013 12	,000 84	,000 139	,000 151	,000 148	,000 147	,000 55	,000 71	,196 196						
	n	17	26	12	84	139	151	148	147	55	71	196						
(PC 38)	r	,876 "	,849 "	,713 "	,772 "	,747 "	,826 "	,822 "	,816 "	,758 "	,857 "	,791 "	1					
	p	,000 18	,000 27	,009 12	,000 83	,000 139	,000 155	,000 152	,000 150	,000 56	,000 74	,000 193	,198 198					
	n	18	27	12	83	139	155	152	150	56	74	193	198					
(PC 39)	r	,883 "	,818 "	,792 "	,783 "	,695 "	,819 "	,816 "	,822 "	,798 "	,802 "	,785 "	,734 "	1				
	p	,000 17	,000 26	,002 12	,000 84	,000 139	,000 153	,000 150	,000 149	,000 56	,000 73	,000 194	,000 195	,198 198				
	n	17	26	12	84	139	153	150	149	56	73	194	195	198				
(PC 40)	r	,865 "	,720 "	,757 "	,733 "	,719 "	,784 "	,796 "	,799 "	,819 "	,767 "	,671 "	,727 "	,714 "	1			
	p	,000 13	,000 24	,018 9	,000 63	,000 113	,000 128	,000 126	,000 129	,000 53	,000 72	,000 155	,000 155	,000 155	,158 158			
	n	13	24	9	63	113	128	126	129	53	72	155	155	155	158			
(PC 41)	r	,931 "	0,52 6	- 294	,848 "	,742 "	,810 "	,810 "	,812 "	,891 "	,639 "	,757 "	,734 "	,678 "	,809 "	1		
	p	,022 5	,053 14	,572 6	,000 34	,000 52	,000 58	,000 57	,000 58	,000 25	,000 35	,000 66	,000 65	,000 65	,000 67	,67 67		
	n	5	14	6	34	52	58	57	58	25	35	66	65	65	67	67		
(PC 42)	r	,861 "	,792 "	,557 "	,698 "	,608 "	,678 "	,670 "	,679 "	,611 "	,791 "	,664 "	,770 "	,674 "	,637 "	,616 "	1	
	p	,000 13	,000 22	,119 9	,000 75	,000 117	,000 135	,000 132	,000 132	,000 54	,000 66	,000 150	,000 151	,000 150	,000 131	,000 61	,153 153	
	n	13	22	9	75	117	135	132	132	54	66	150	151	150	131	61	153	
PC III	r	,960 "	,950 "	,886 "	,897 "	,915 "	,958 "	,958 "	,953 "	,967 "	,950 "	,884 "	,889 "	,853 "	,842 "	,885 "	,805 "	1
	p	,000 18	,000 27	,000 12	,000 84	,000 140	,000 156	,000 153	,000 152	,000 56	,000 75	,000 196	,000 198	,000 198	,000 158	,000 67	,000 153	
	n	18	27	12	84	140	156	153	152	56	75	196	198	198	158	67	153	
(PC 59)	r	,888 "	,856 "	,833 "	,741 "	,656 "	,723 "	,723 "	,731 "	,661 "	,857 "	,767 "	,782 "	,769 "	,700 "	,560 "	,747 "	,831 "
	p	,000 18	,000 27	,001 12	,000 84	,000 140	,000 156	,000 153	,000 152	,000 56	,000 75	,000 196	,000 198	,000 198	,000 158	,000 67	,000 153	,000 201
	n	18	27	12	84	140	156	153	152	56	75	196	198	198	158	67	153	201

Observadas as correlações, passámos para o estudo da fidelidade da subescala PC III- *Cuidados de Enfermagem Prestados*, agora composta pelos quatro itens manifestamente mais abrangentes do conjunto inicial. O conjunto de quatro itens apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,918**, correspondendo a um valor  *muito bom* e que confirma a sua capacidade de lhe conferir critérios de fidelidade, atestando o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

Observando a tabela 22, verificamos que aos valores de correlação corrigida são altos em todas as variáveis. E o valor de *alpha* do constructo ficaria mais baixo ou inalterado, se algum dos itens fosse apagado.

**Tabela 22.** Análise da consistência interna dos itens da subescala PC III: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha* de *Cronbach*

Estatística da Subescala PC III - Cuidados de Enfermagem Prestados	Média	Variância	DP	n
	33,25	37,036	6,086	4
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(PC37) Cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, de prevenção e vigilância dos sinais e sintomas)	24,78	22,025	0,832	0,888
(PC38) Preparação fornecida para o ajudar, a si, a tomar conta do seu familiar dependente (conhecimentos e capacidades)	24,77	21,841	0,836	0,886
(PC39) Apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	24,58	21,373	0,840	0,884
(PC40) Promoção da autonomia do dependente nas atividades de vida diária	25,63	20,370	0,758	0,918
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,918</b>			

Prosseguindo na validação do constructo, obtivemos um coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* de 0,831 e, no que se refere ao *Bartlett's Test of Sphericity*, um valor do teste de qui-quadrado de 452,767 para  $p < 0,001$ . Assim, legitimou-se um bom KMO para prosseguir a análise fatorial.

Na matriz de correlação anti-imagem, observou-se que os itens apresentavam diagonais de correlação altas ( $>0,5$ ) e valores negativos fora da diagonal de correlação. Sobre os valores das comunalidades todos foram elevados, variando entre 0,738 e 0,838. Quanto à matriz das componentes apresentou pesos de correlação altos na componente específica, entre 0,859 e 0,915, o que sugere o interesse de todos estes itens, incluídos na análise fatorial, para medir a variável latente – *Cuidados de Enfermagem Prestados*. Face ao percurso efetuado de análise dos itens da subescala, decidiu-se manter o item PC40 de forma definitiva.

Continuámos para a análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e tratando os valores ausentes no *IBM SPSS 21*<sup>®</sup> pelo critério “excluye cases listwise”. O procedimento extraiu, mais uma vez, apenas um fator bastante expressivo, que explica 80,96% da variabilidade. A carga fatorial dos itens pode ser observada no quadro 3 e vem confirmar o carácter unidimensional desta subescala, já pronunciada anteriormente pelas correlações inter-itens, predominantemente altas.

No que respeita às cargas fatoriais, verificaram-se saturações elevadas e relevantes, entre 0,859 e 0,915. Este facto demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma única dimensão, que sustenta a agregação num único fator. Também o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala é muito bom, significando que a escala é consistente.

Quadro 3. Solução fatorial da subescala PC III

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(PC37) Cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, de prevenção e vigilância dos sinais e sintomas)	0,912
(PC38) Preparação fornecida para o ajudar, a si, a tomar conta do seu familiar dependente (conhecimentos e capacidades)	0,911
(PC39) Apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	0,915
(PC40) Promoção da autonomia do dependente nas atividades de vida diária	0,859
Eigenvalues = <b>3,24</b> Variância total = <b>80,96%</b> a Cronbach global = <b>0,918</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

Esta era a subescala maior, originalmente composta por 16 itens, tendo sofrido uma aferição para quatro itens. Foi assim, a que sofreu a eliminação de itens mais expressiva – fruto da análise estatística efetuada, observando, simultaneamente, o seu sentido teórico. Estes resultados sugerem que, neste tipo de abordagens para avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados, é necessário um balanço ou equilíbrio em termos de nível de abstração dos itens. Nem demasiadamente genéricos, nem muito específicos.

De forma idêntica, apesar das limitações oriundas do pequeno tamanho da amostra, os resultados estatísticos e o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala aplicada às pessoas dependentes demonstram que a escala também é consistente. Aqui o conjunto dos itens apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,949**, correspondendo a um valor *muito bom* e que confirma a sua capacidade de lhe conferir critérios de fidelidade, atestando o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

### Subescala PC IV – Competências dos Enfermeiros

Passamos a descrever os procedimentos usados para conhecer as características psicométricas da subescala *IV – Competências dos Enfermeiros*. Na análise da tabela 23, observam-se médias de resposta aos itens muito elevadas, entre 9,03 e 9,41. Quanto ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 0,850 e 1,109.

Todos os seis itens, que compunham a subescala, foram respondidos pela totalidade dos 201 principais membros da família prestadores de cuidados. Assim, estávamos perante um bom número de respostas para prosseguir a análise.

Tabela 23. Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC IV

Subescala PC IV - Competências dos Enfermeiros	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(PC43) Rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	201	9,03	1,109	3	10
(PC44) Qualidade da relação interpessoal estabelecida	201	9,37	0,908	6	10
(PC45) Respeito pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes	201	9,41	0,868	6	10
(PC46) Respeito pela opinião da pessoa	201	9,41	0,868	6	10
(PC47) Respeito pela privacidade	201	9,41	0,850	6	10
(PC48) Clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	201	9,06	1,087	5	10

A matriz de correlações inter-itens revelou que, em geral, os itens apresentam valores de correlação positivas, altas ou muito altas entre si (Tabela 24). Destaca-se um grupo de variáveis com valores de associação muito próximos de um, positivos e com significado estatístico ( $p < 0,001$ ). Este grupo foi formado pelos itens PC45, PC46 e PC47, valores de associação que oscilaram entre  $r$  0,980 e  $r$  1,000. Ou seja, estes valores indicam que estávamos novamente perante um caso de multicolinearidade entre as variáveis. Como este facto poderia perturbar as análises multivariadas, que se fizeram adiante, optámos por agregar estas três variáveis (através do comando *Transform – Compute Variable* no *IBM SPSS 21®*), pela média e ignorando os *nulos*, numa única variável – denominada (*PC\_R*) – *Respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)*. Pelo facto das três questões se centrarem no “respeito”, os respondentes parecem entender as três questões da mesma maneira e como uma só. Atendendo ao valor intrínseco de cada um destes itens, quer estatística quer teoricamente, não propusemos a sua eliminação, mas sim a sua agregação num item mais global.

Depois de computadas as variáveis, voltámos a verificar as correlações. Todas as variáveis apresentaram correlações positivas e significativas entre elas ( $p < 0,001$ ). Nas associações inter-itens encontraram-se predominantemente valores altos e uma associação muito alta entre os itens PC44 e *PC\_R* ( $r$  0,946;  $p < 0,001$ ). Aliás, o item PC44 já apresentava associações muito altas com os três itens que originaram a agregação “*PC\_R*” (*Respeito...*), antes

da computação. Apesar de ser um valor muito alto, ainda se distanciava das associações quase-perfeitas que têm justificado agregações. Assim, e porque considerámos que existia ainda diferenciação teórica entre os itens (*PC44*) *Qualidade da relação interpessoal estabelecida* e (*PC\_R*) *Respeito pela pessoa* decidimos, naquele momento, manter os itens e verificar os seus valores nos procedimentos seguintes.

De notar, ainda, que todos os itens apresentavam correlações positivas e altas com o item *P59* e com o total da escala (valor não corrigido). Apenas os itens *PC44* ( $r\ 0,956$ ;  $p<0,001$ ) e *PC\_R* ( $r\ 0,969$ ;  $p<0,001$ ) apresentavam valores de associação muito altos.

A título de exemplo, comparando com os resultados obtidos na subescala D IV (aplicada aos dependentes), foi nesta subescala que se verificaram as maiores diferenças nas correlações inter-itens. Na parte da amostra relativa aos dependentes, não se verificou o mesmo tipo de comportamento ao nível das associações dos itens. O grupo de variáveis com valores de associação perfeitos, positivos e com alto significado estatístico ( $r\ 1,000$ ;  $p<0,001$ ) foi formado pelos itens D44, D45, D46 e D47, apresentando uma configuração diferente da subescala homóloga aplicada aos cuidadores.

Em posição para avançar para o estudo da fidelidade, estávamos, então, com quatro itens em vez dos seis originais.

**Tabela 24.** Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC IV e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59

		(PC43)	(PC44)	(PC45)	(PC46)	(PC47)	(PC48)	PC IV
(PC44)	r	,768**	1					
	p	,000						
	n	201	201					
(PC45)	r	,762**	,948**	1				
	p	,000	,000					
	n	201	201	201				
(PC46)	r	,762**	,948**	1,000**	1			
	p	,000	,000	0,001				
	n	201	201	201	201			
(PC47)	r	,762**	,929**	,980**	,980**	1		
	p	,000	,000	,000	,000			
	n	201	201	201	201	201		
(PC48)	r	,779**	,791**	,778**	,778**	,762**	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000		
	n	201	201	201	201	201	201	
PC IV	r	,874**	,956**	,968**	,968**	,958**	,882**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	n	201	201	201	201	201	201	201
(PC59)	r	,775**	,711**	,736**	,736**	,729**	,774**	,802**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	201	201	201	201	201	201	201

Na tabela 25 indicam-se os principais valores obtidos item a item, a propósito da validade e precisão, sendo que o coeficiente *alpha* de *Cronbach* para a subescala PC IV *Competências dos Enfermeiros* foi de **0,936**, correspondendo a um valor *muito bom*, em termos de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).



Pela análise da mesma tabela 25, podemos observar que a eliminação de qualquer dos itens não aumentaria o valor de *alpha*. Mesmo para o caso da variável PC44. Assim, a manutenção teórica do item foi, quanto a nós, a melhor opção. Evidencia-se, ainda, o facto de todos os itens apresentarem valores altos de correlação corrigida com a escala.

Tabela 25. Análise da consistência interna dos itens da subescala PC IV

Estatística da Subescala PC IV - Competências dos Enfermeiros	Média	Variância	DP	n
	36,88	13,333	3,651	4
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(PC43) Rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	27,85	7,224	0,819	0,931
(PC44) Qualidade da relação interpessoal estabelecida	27,50	7,925	0,896	0,905
(PC48) Clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	27,81	7,267	0,834	0,924
(PC_R) Respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)	27,47	8,220	0,890	0,910
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,936</b>			

Passamos agora, para a análise da validade do constructo através da verificação da estrutura fatorial. Antes de a iniciar, verificámos o coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin*, em que se obteve um valor de 0,804 e o *Bartlett's Test of Sphericity*, com um valor do teste de qui-quadrado de 865,358 para  $p < 0,001$ , legitimando-se, assim, um bom KMO que permitiu o prosseguimento da análise. Verificámos, ainda, a matriz de correlação anti-imagem, onde todos os itens apresentaram diagonais de correlação altas ( $> 0,5$ ) e valores negativos fora da diagonal de correlação. Também os valores das comunalidades e da matriz das componentes foram altos, o que é desejável e torna pertinente o interesse de cada item na escala.

Para examinar a distribuição fatorial dos itens recorreu-se à análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais e, para maximizar a saturação dos itens, procedeu-se à rotação ortogonal pelo método Kaiser com rotação *Varimax*. Na solução fatorial assim conseguida, extraiu-se apenas um fator, que explica 85,37% da variabilidade. A carga fatorial dos itens pode ser observada no quadro 4 e vem confirmar o carácter unidimensional desta subescala, já pronunciada anteriormente pelas correlações altas observadas na matriz correlacional inter-itens.

De modo geral, verificou-se carga fatorial, ou saturação, elevada ( $> 0,50$ ) e relevante (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Este facto demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma única dimensão, que coincide com a agregação num único fator da subescala *PC IV – Competências dos Enfermeiros*. De salientar ainda que o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala (0,936), foi muito bom, significando que a escala é consistente.

Quadro 4. Solução fatorial da subescala PC IV

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(PC43) Rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	0,894
(PC44) Qualidade da relação interpessoal estabelecida	0,951
(PC_R) Respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)	0,946
(PC48) Clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	0,904
Eigenvalues = <b>3,42</b> Variância total = <b>85,37%</b> a Cronbach global = <b>0,936</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

No que se refere aos resultados obtidos na amostra de dependentes, estes resultados não foram tão consistentes. Quando passámos para a análise da validade do constructo através da verificação da estrutura fatorial, verificámos que o coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* não foi calculado, advertindo que a matriz de correlação não é positiva e definida, o que não validou a qualidade da análise fatorial a fazer. De realçar que os valores das comunalidades e da matriz das componentes foram altos, o que é desejável e torna pertinente o interesse de cada item na escala. Apesar de o KMO não legitimar a realização da análise fatorial, foi na mesma calculado um coeficiente *alpha* de *Cronbach* para a subescala PC IV *Competências dos Enfermeiros* de **0,959**, correspondendo a um valor *muito bom* e que confirma a sua capacidade de lhe conferir critérios de fidelidade, atestando o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

#### Subescala PC V – Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento

Na estrutura original do formulário SATENF-ECCI tínhamos separado os itens que medem a satisfação com a *Intensidade do Acompanhamento* e os que medem a satisfação com a *Organização dos Cuidados*. Acontece que os itens respeitantes à *Intensidade do Acompanhamento* eram apenas dois e estavam, teoricamente, muito relacionados com a organização dos cuidados. Assim, até para efeitos da análise estatística, fez todo o sentido tratá-los em conjunto.

Efetuada a análise descritiva da subescala PC V, os itens apresentavam médias altas de resposta. A média mais baixa correspondeu a 8,22 e a mais elevada foi de 9,41. No que se refere ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 0,966 e 1,842 (Tabela 26).

Todos os participantes responderam aos itens, exceto no item (PC52) *Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros* em que se atingiram 190 respostas. Deste modo, pela aplicação da Regra do Polegar, obteve-se um tamanho aceitável de amostra.

Tabela 26. Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC V

Subescala PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	To- tal	Mé- dia	Des- vio Pa- drão	Mí- nimo	Máxi- mo
(PC49) Número de idas dos enfermeiros a casa	201	8,22	1,842	1	10
(PC50) Número de enfermeiros que iam em cada visita	201	9,41	0,966	5	10
(PC51) Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	201	8,73	1,590	1	10
(PC52) Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	190	8,91	1,146	4	10
(PC53) Pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	201	8,27	1,587	1	10
(PC54) Compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as suas disponibilidades, ou da família	201	8,53	1,466	1	10

A matriz de correlações inter-itens (Tabela 27) revela que os itens apresentaram valores de correlação positivos moderados ou altos entre si ( $p < 0,001$ ). Nas correlações dos itens com o total da subescala (valor não corrigido) e o item PC59, todos apresentaram, também, associações positivas moderadas a altas, todas com significado estatístico ( $p < 0,001$ ). Apenas o item (PC51) - *Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados* - apresentou uma correlação muito alta com o total da subescala ( $r = 0,925$ ;  $p < 0,001$ ). Estes valores podem indicar que os itens, que originalmente estavam separados em duas dimensões teóricas, não representam dimensões diferentes e que refletem um constructo comum, legitimando a fusão das duas dimensões teóricas numa só.

Tabela 27. Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC V e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59

		(PC49)	(PC50)	(PC51)	(PC52)	(PC53)	(PC54)	PC V
(PC50)	r	,471**	1					
	p	,000						
(PC51)	n	201	201					
	r	,849**	,528**	1				
(PC52)	p	,000	,000					
	n	201	201	201				
(PC53)	r	,722**	,585**	,823**	1			
	p	,000	,000	,000				
(PC54)	n	190	190	190	190			
	r	,686**	,493**	,752**	,672**	1		
(PC59)	p	,000	,000	,000	,000			
	n	201	201	201	190	201		
PC V	r	,661**	,469**	,722**	,710**	,891**	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000		
(PC59)	n	201	201	201	190	201	201	
	r	,881**	,642**	,925**	,872**	,892**	,881**	1
(PC59)	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	n	201	201	201	190	201	201	201
(PC59)	r	,826**	,507**	,853**	,713**	,705**	,665**	,848**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
(PC59)	n	201	201	201	190	201	201	201

Observadas as correlações, passamos para o estudo da fidelidade da subescala PC V *Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento*, composta, então, por seis itens. O conjunto de itens apresentou um coeficiente *alpha* de Cronbach de **0,922**, correspondendo a

um valor *muito bom* e que confirma a sua capacidade de lhe conferir critérios de fidelidade, atestando o seu nível de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

Observando a tabela 28, verificamos que aos valores de correlação corrigida são altos em todas as variáveis. Exceção no item (PC50) - *Número de enfermeiros que iam em cada visita* -, que apresentou um *r corrigido* de 0,583. Também o valor de *alpha* do construto ficaria mais alto se este item fosse eliminado. No entanto, face ao facto de o item fazer sentido teoricamente e por já estarmos perante um elevado *alpha* não nos pareceu pertinente eliminar este item – pelo que continuámos as análises com o grupo de itens original.

Tabela 28. Análise da consistência interna dos itens da subescala PC V

Estatística da Subescala PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	Média	Variância	DP	n
	52,15	49,407	7,029	6
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(PC49) Número de idas dos enfermeiros a casa	43,90	30,810	0,801	0,909
(PC50) Número de enfermeiros que iam em cada visita	42,76	41,126	0,583	0,931
(PC51) Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	43,39	32,620	0,882	0,893
(PC52) Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	43,24	36,671	0,823	0,905
(PC53) Pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	43,86	33,086	0,826	0,901
(PC54) Compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as suas disponibilidades, ou da família	43,59	34,762	0,814	0,903
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,922</b>			

A subescala apresentou um coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* de 0,847 e, o *Bartlett's Test of Sphericity*, um valor do teste de qui-quadrado de 974,078 para  $p < 0,001$ , legitimando-se, assim, um bom KMO para prosseguir a análise fatorial.

Na matriz de correlação anti-imagem ( $>0,5$ ), observou-se que os seis itens apresentavam diagonais de correlação altas e valores baixos ou negativos fora da diagonal de correlação. Sobre os valores das comunalidades todos foram elevados, variando entre 0,470 e 0,849. O item PC50 foi o que apresentou o valor de comunalidade mais baixo. No entanto, a decisão de o manter permaneceu – pois o seu valor teórico para medir a variável latente *PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento* era inquestionável –, não existindo outro item que representasse o conteúdo inerente a este item.

Quanto à matriz das componentes, apresentou pesos de correlação altos na componente específica, entre 0,685 e 0,922, sendo o valor mais baixo, embora bom enquanto peso antes da

rotação, relativo ao item *PC50*. Estes valores atestaram o interesse de todos estes itens, incluídos na análise fatorial, para medir esta variável latente.

Continuámos para a análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e tratando os valores ausentes no *IBM SPSS 21*<sup>®</sup> pelo critério “excluye cases listwise”. O procedimento extraiu apenas um componente antes da rotação, que explica 73,27% da variabilidade – um valor considerado bastante expressivo (Reis, 1977, Cit. por Pestana e Gageiro, 2003).

A carga fatorial dos itens pode ser observada no quadro 5 e vem confirmar o carácter unidimensional desta subescala, já pronunciada anteriormente pelas correlações inter-itens. Este facto demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma única dimensão, que coincide com a agregação num único componente. Também o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala é muito bom, significando que a escala é consistente.

Quadro 5. Solução fatorial da subescala PC V

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(PC49) Número de idas dos enfermeiros a casa	0,865
(PC50) Número de enfermeiros que iam em cada visita	0,685
(PC51) Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	0,922
(PC52) Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	0,883
(PC53) Pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	0,884
(PC54) Compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as suas disponibilidades, ou da família	0,875
Eigenvalues = <b>4,40</b> Variância total = <b>73,27%</b> a Cronbach global = <b>0,922</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

Por comparação, na subescala D V, o procedimento extraiu apenas um componente antes da rotação, que explica 65,10% da variabilidade. Um valor bastante expressivo (Reis, 1977, Cit. por Pestana & Gageiro, 2003). Embora com algumas reservas relativamente ao item D50, a subescala demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma única dimensão, que coincide com a agregação num único componente. Também o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala foi bom (**0,888**), significando que a escala é consistente.

#### Subescala PC VI – Continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Começando a análise da subescala PC VI, identificaram-se médias de resposta altas nos diferentes itens. A média mais baixa correspondeu a 7,88 e a mais elevada foi de 8,33. Esta foi

a subescala que apresentou médias mais baixas nas respostas aos itens. No que se refere ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 1,781 e 2,087.

Pela aplicação das *Regras do Polegar*, tendo quatro variáveis originais, deveriam ter-se pelo menos 50 respostas em cada um dos itens. Na tabela 29 podemos verificar que todos os respondentes a estes itens, foram de valor superior a 96.

Outro critério que nos fez refletir foi a taxa de não respostas superiores a 20%. Ora, detetamos que o item (PC55) *Encaminhamento efetuado em situações de urgência* apresentou 105 (52,2%) não respostas. Este valor elevado estimulou a análise atenta do porquê destes valores e o repensar da sua eliminação. Teoricamente este valor revela-se importante para medir a *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* e não encontrámos na escala nenhum outro item que medisse o que o item pretende medir. O item mais próximo da sua interpretação é o (PC57) *Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio*. No entanto, este último item refere-se, essencialmente, a instituições de cariz social público, privado ou sem fins lucrativos e não a serviços ou unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A circunstância de existirem muitas “não respostas”, deveu-se ao facto de os MFPC não terem percecionado situações de urgência com a necessidade de encaminhar o seu familiar para outro profissional ou serviço do SNS – nomeadamente o serviço de urgência. Assim, por motivações de cariz teórico, decidimos não eliminar o item e verificar se ele prejudicava as análises estatísticas efetuadas de seguida.

Também os itens (PC57) *Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio* e (PC58) *Forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço* apresentaram, respetivamente, 64 (31,8%) e 77 (38,3%) “não respostas”. Apesar de serem percentagens acima do limite definido, as não respostas deveram-se ao facto de não terem experienciado o que os itens pretendem avaliar e não por não terem percebido o significado daquilo que era perguntado. Ou seja, pelo carácter opcional de resposta a cada item, uma parte dos inquiridos, nestes casos, não percecionaram a importância de serem encaminhados para outras organizações ou grupos de apoio e não foi alvo de preparação para a alta da ECCI – por exemplo por motivo de óbito. Em ambos os casos, preconizou-se que os itens fazem sentido teórico e não estão representados, no conteúdo de outros itens. Assim, optou-se também pela sua manutenção.

Tabela 29. Estatística descritiva relativa aos itens da subescala PC VI

Subescala PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	To- tal	Mé- dia	Des- vio Pa- drão	Mí- nimo	Máxi- mo
(PC55) Encaminhamento efetuado em situações de urgência	96	8,33	1,851	1	10
(PC56) Nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	184	8,23	1,781	1	10
(PC57) Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	137	7,88	1,906	1	10
(PC58) Forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço	124	7,95	2,087	1	10

Da análise da matriz de correlações inter-itens (Tabela 30) observa-se que os itens apresentaram valores de correlação positivos moderados ou altos entre os itens ( $p < 0,001$ ). Nas correlações dos itens com o total da subescala (valor não corrigido) e o item PC59, todos apresentaram, também, associações positivas moderadas ou altas, todas com significado estatístico ( $p < 0,001$ ). Apenas os itens *PC55* ( $r\ 0,918$ ;  $p < 0,001$ ) e *PC57* ( $r\ 0,945$ ;  $p < 0,001$ ) tiveram correlações muito altas com o total da subescala. Estes valores de correlação atestam, no global, a coesão entre os itens da subescala.

Tabela 30. Distribuição das correlações entre os itens da subescala PC VI e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59

	(PC55)	(PC56)	(PC57)	(PC58)	PC VI
<b>r</b>	,694**	1			
(PC56) <b>p</b>	,000				
<b>n</b>	95	184			
<b>r</b>	,882**	,811**	1		
(PC57) <b>p</b>	,000	,000			
<b>n</b>	73	130	137		
<b>r</b>	,707**	,605**	,687**	1	
(PC58) <b>p</b>	,000	,000	,000		
<b>n</b>	42	109	87	124	
<b>r</b>	,918**	,893**	,945**	,877**	1
PC VI <b>p</b>	,000	,000	,000	,000	
<b>n</b>	96	184	137	124	200
<b>r</b>	,681**	,774**	,785**	,739**	,823**
(PC59) <b>p</b>	,000	,000	,000	,000	,000
<b>n</b>	96	184	137	124	200

Observadas as correlações, passámos para o estudo da fidelidade da subescala PC VI - *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*, composta por quatro itens. O conjunto de itens apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,932**, correspondente a um valor *muito bom*, que confirma a sua consistência interna (Ferreira & Marques, 1998; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

Observando a tabela 31, verificamos que aos valores de correlação corrigida são altos em todas as variáveis. Sobre a possibilidade de eliminação de itens, nomeadamente o item

(PC55) *Encaminhamento efetuado em situações de urgência*, os valores de alpha denunciaram que o valor ficaria muito mais baixo se o item fosse apagado. Assim, ganhou força a opção de manutenção do item na escala. Por seu turno, o valor de alpha aumentaria se o item PC58 fosse eliminado, mas de forma muito ligeira. Pelo valor teórico do item, não se revelou pertinente a sua retirada.

Tabela 31. Análise da consistência interna dos itens da subescala PC VI

Estatística da Subescala PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	Média	Variância	DP	n
	30,91	60,604	7,785	4
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(PC55) Encaminhamento efetuado em situações de urgência	22,75	34,516	0,919	0,888
(PC56) Nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	23,31	32,738	0,801	0,931
(PC57) Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	23,06	34,319	0,930	0,884
(PC58) Forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço	23,59	37,862	0,741	0,943
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,932</b>			

Por fim, passando à análise fatorial, a subescala apresentou um coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* de 0,796 e o *Bartlett's Test of Sphericity* um valor do teste de qui-quadrado de 122,317 para  $p < 0,001$ . Assim, verificou-se um médio KMO, praticamente 0,80 que indicaria um bom KMO, para prosseguir a análise fatorial.

Na matriz de correlação anti-imagem ( $>0,5$ ), observou-se que os quatro itens apresentaram diagonais de correlação altas e valores baixos ou negativos fora da diagonal de correlação. Sobre os valores das comunalidades todos foram elevados, variando entre 0,722 e 0,928. O item PC55 apresentou um valor de comunalidade de 0,921, que se revelou um valor elevado e que veio defender a posição da manutenção do item na subescala. No que se refere à matriz das componentes, esta apresentou pesos de correlação altos na componente específica, entre 0,850 e 0,963. Estes valores atestam o interesse de todos estes itens, incluídos na análise fatorial, para medir a variável latente *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*.

A análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e usando o critério “excluye cases listwise”, extraiu apenas um componente antes da rotação, que explica 84,00% da variabilidade. A carga fatorial dos itens pode ser observada no quadro 6 e vem confirmar o carácter unidimensional desta subescala, já pronunciada anteriormente pelas correlações moderadas a altas inter-itens. Este facto demonstra que os itens formam um conjunto coeso e medem uma única dimensão, que coincide com a agregação num único com-



ponente. Também o valor de *alpha* de *Cronbach* da subescala foi muito bom, significando que a escala é consistente.

Quadro 6. Solução fatorial da subescala PC VI

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(PC55) Encaminhamento efetuado em situações de urgência	0,960
(PC56) Nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	0,889
(PC57) Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	0,963
(PC58) Forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço	0,850
Eigenvalues = <b>3,36</b> Variância total = <b>84,00%</b> a Cronbach global = <b>0,932</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

No que se refere, comparativamente, com os resultados obtidos na globalidade da análise desta subescala aplicada às pessoas dependentes, mais uma vez, o valor de KMO não legitimou a análise dos fatores. Apesar disso, optámos por examinar igualmente a distribuição fatorial dos itens, recorrendo-se à análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais. Na solução fatorial assim conseguida, extraiu-se apenas um fator, que explica 75% da variabilidade. No estudo da fidelidade da subescala D VI *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*, composta por quatro itens, o conjunto de itens apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,842**, correspondendo a um valor *bom* de consistência interna (Ferreira & Marques, 1998 ; Gliem & Gliem, 2003; George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2003).

#### SATENF-ECCI – Principal MFPC

Por fim, passamos a analisar o comportamento estatístico da escala no seu global. Identificaram-se médias de resposta altas aos itens, sendo que a média de satisfação mais baixa (8,23) verificou-se na subescala PC VI - *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. O valor mais elevado (9,28) de média verificou-se na subescala PC IV - *Competências dos Enfermeiros*. No que se refere ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 0,882 e 1,709 (Tabela 32).

Comparando com o comportamento estatístico da escala, aplicada à pessoa dependente, no seu global, identificaram-se médias de resposta altas aos itens, sendo que a média de satisfação mais baixa (8,38) verificou-se na subescala D VI - *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. O valor mais elevado (9,46) de média verificou-se na subescala D IV - *Compe-*

*tências dos Enfermeiros*. Ou seja, sob o ponto de vista das médias, encontram-se semelhanças entre a apreciação global da escala – quando aplicada a ambos os tipos de respondentes.

**Tabela 32.** Estatística descritiva relativa às subescalas do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC

SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC	Mé- dia	Desvio Pa- drão	Mi- nimo	Máxi- mo
Subescala PC I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	8,70	1,252	1	10
Subescala PC II - Envolvimento e Participação dos Clientes	8,39	1,509	2	10
Subescala PC III - Cuidados de Enfermagem Prestados	8,55	1,507	2	10
<b>Subescala PC IV - Competências dos Enfermeiros</b>	<b>9,28</b>	<b>0,882</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
Subescala PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	8,67	1,254	2	10
<b>Subescala PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem</b>	<b>8,23</b>	<b>1,709</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
(PC) Média da Satisfação Global	8,64	1,243	3	10
(PC59) No global, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos?	8,99	1,309	2	10

Da análise da matriz de correlações entre as seis subescalas (Tabela 33) observa-se que todas apresentaram valores de correlação positivos e altos ( $p < 0,001$ ). Também nas correlações das subescalas com a média global da satisfação (valor não corrigido) todas apresentaram valores positivos e muito altos de correlação. Exceto a subescala *PC IV - Competências dos Enfermeiros* assumiu um valor de associação, significativo, positivo e alto ( $r = 0,869$ ;  $p < 0,001$ ). No que se refere à correlação das subescalas com o item *PC59* verificaram-se em todos os casos relações altas, positivas e estaticamente significativas. Como seria de esperar, evidenciou-se uma associação muito alta ( $r = 0,904$ ;  $p < 0,001$ ) entre a média global da satisfação e o item *(PC59) No global, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos?* Idêntico comportamento foi identificado na análise da escala aplicada aos dependentes.

**Tabela 33.** Distribuição das correlações entre as subescalas e entre as subescalas com o total do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC e com o item PC59

		PC I	PC II	PC III	PC IV	PC V	PC VI	PC_Média
PC II	r	,896**	1					
	p	,000						
	n	201	201					
PC III	r	,846**	,874**	1				
	p	,000	,000					
	n	201	201	201				
PC IV	r	,772**	,793**	,805**	1			
	p	,000	,000	,000				
	n	201	201	201	201			
PC V	r	,828**	,819**	,837**	,798**	1		
	p	,000	,000	,000	,000			
	n	201	201	201	201	201		
PC VI	r	,784**	,778**	,808**	,713**	,798**	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000		
	n	200	200	200	200	200	200	
PC_Média	r	,931**	,939**	,942**	,869**	,919**	,900**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	n	201	201	201	201	201	200	201
(PC59)	r	,822**	,852**	,831**	,802**	,848**	,823**	,904**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	201	201	201	201	201	200	201

Passando ao estudo da fidelidade da escala global, incluímos na análise da consistência interna as seis variáveis computadas, pela média ignorando os nulos, correspondentes às subescalas da satisfação que compõem o SATENF-ECCI, adaptado aos principais MFPC. Este conjunto de itens apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,954**, correspondendo a um valor *muito bom*.

Observando a tabela 34, verificamos que aos valores de correlação corrigida, entre as variáveis, foram altos e muito altos. Sobre a possibilidade de eliminação de itens, para aumentar o valor de *alpha* global, apenas aumentaria, mas muito ligeiramente ( $\alpha$  0,955), se a subescala *PC IV - Competências dos Enfermeiros* fosse eliminada. Claramente que seriam insignificantes os ganhos com esta eliminação. Antes pelo contrário, ficaríamos a perder descrição de conteúdo teórico, se perdessemos os itens que compõem esta subescala.

**Tabela 34.** Análise da consistência interna das subescalas do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC

Estatística do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC	Média	Variância	DP	n
	51,79	55,627	7,458	6
	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
Subescala PC I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	43,10	39,827	0,901	0,942
Subescala PC II - Envolvimento e Participação dos Clientes	43,40	36,777	0,906	0,940
Subescala PC III - Cuidados de Enfermagem Prestados	43,25	36,706	0,911	0,940
Subescala PC IV - Competências dos Enfermeiros	42,51	44,976	0,834	0,955
Subescala PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	43,12	40,006	0,885	0,943
Subescala PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	43,56	35,606	0,839	0,953
<b>Alpha de Cronbach Global</b>	<b>0,954</b>			

Por fim, no sentido de confirmarmos a forma como as subescalas se comportavam e se existia a possibilidade de agregação destas subescalas em menos variáveis, realizámos a análise fatorial. O coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* de 0,927 e o *Bartlett's Test of Sphericity*, com um valor do teste de qui-quadrado de 1383,887 ( $p < 0,001$ ), legitimou o prosseguimento da análise fatorial. Este valor é considerado um valor muito bom de KMO.

Na matriz de correlação anti-imagem, observou-se que os quatro itens apresentavam diagonais de correlação altas ( $> 0,5$ ) e valores negativos fora da diagonal de correlação. Sobre os valores das comunalidades todos foram elevados, variando entre 0,784 e 0,883. No que se refere à matriz das componentes, esta apresentou pesos de correlação altos numa única componente, entre 0,885 e 0,940. A análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e usando o critério “excluye cases listwise”, extraiu apenas um componente antes

da rotação, que explica 84,19% da variabilidade. A carga fatorial das variáveis pode ser observada no quadro 7 e vem confirmar o interesse de todas as variáveis para medir a variável latente *Satisfação com os Cuidados de Enfermagem Prestados pelas ECCI*.

**Quadro 7.** Solução fatorial do SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC:

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
Subescala PC I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	0,932
Subescala PC II - Envolvimento e Participação dos Clientes	0,938
Subescala PC III - Cuidados de Enfermagem Prestados	0,940
Subescala PC IV - Competências dos Enfermeiros	0,885
Subescala PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	0,923
Subescala PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	0,886
Eigenvalues = <b>5,05</b> Variância total = <b>84,19%</b> a Cronbach global = <b>0,954</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

Também o valor de *alpha* de *Cronbach* da escala foi muito bom, significando que é consistente. Comportamento idêntico foi identificado na análise à escala adaptada às pessoas dependentes. Aqui, o estudo da consistência interna às seis variáveis computadas, correspondentes às subescalas da satisfação que compõem o SATENF-ECCI, adaptado às pessoas com dependência, apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,976**, correspondendo a um valor *muito bom*.

O KMO legitimou a análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e usando o critério “excluye cases listwise”, extraiu apenas um componente antes da rotação, que explica 92,55% da variabilidade. A carga fatorial das variáveis veio, igualmente, confirmar o interesse de todas as variáveis para medir a variável latente *Satisfação com os Cuidados de Enfermagem Prestados pelas ECCI* – quando questionadas as pessoas dependentes.

### **3.1.2.1 O valor explicativo das diferentes dimensões do SATENF-ECCI no valor global de satisfação dos clientes**

Assim, uma vez conhecida a configuração final das dimensões e do SATENF-ECCI, procurar-se-á averiguar quais são as variáveis preditivas da “Satisfação global” dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, através da média calculada a partir das médias obtidas em cada uma das seis dimensões da satisfação. No sentido de se saber qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da *Satisfação dos Clientes* (Global) efetuámos a análise de regressão linear múltipla, recorrendo ao método de regressão

*Stepwise*, sendo consideradas a regredir para esta variável dependente as seis dimensões da satisfação – relativas aos MFPC e relativas às pessoas dependentes.

No caso da amostra de MFPC, e tendo-se verificado a normalidade das variáveis envolvidas, a análise de regressão hierárquica selecionou as seis variáveis independentes, não excluindo nenhuma, apresentando todas significativas estatísticas ( $p < 0,001$ ), para um nível de confiança de 95%. O facto de a regressão ser significativa, observando os valores de  $F$  e  $p$  no quadro 8, indica que prever a satisfação dos MFPC com base nestas seis variáveis é significativamente melhor que atribuir-lhe o valor da média obtida pela amostra. As seis variáveis contribuem para a explicação de uma fração significativa (não nula) da variação da satisfação global dos MFPC. Todos os preditores têm contributos significativos no modelo de regressão, sugerindo que nenhum dos preditores é dispensável, embora cada um deles apresente efeitos diferentes na variável dependente.

Quanto à hierarquia obtida nesta análise, é a variável *PC VI Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* ( $\beta 0,189$ ;  $p < 0,001$ ) que surge com a maior importância de explicação da Satisfação, sendo responsável por 32,3% do valor explicativo da variável dependente. De seguida é a *PC III Cuidados de Enfermagem Prestados* ( $\beta 0,225$ ;  $p < 0,001$ ) que explica 23,1% da Satisfação. Depois, surge a *PC V Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento* ( $\beta 0,178$ ;  $p < 0,001$ ) que prediz 13,6%. Sucede-se a *PC II Envolvimento e Participação dos Clientes* ( $\beta 0,167$ ;  $p < 0,001$ ), com 11,6%. Ainda a *PC I Acesso aos Cuidados de Enfermagem* ( $\beta 0,190$ ;  $p < 0,001$ ), com 11% da explicação da variável dependente. Por último, a *PC IV Competências dos Enfermeiros* ( $\beta 0,176$ ;  $p < 0,001$ ) surge com a menor importância explicativa, com um valor de 8,5% de predição da Satisfação global (Quadro 8).

**Quadro 8.** Análise de regressão *Stepwise* das dimensões da satisfação aplicadas ao MFPC, para a variável dependente ( $p \leq 0,05$ ): Valores de importância do preditor, Teste  $t$ , Desvio Padrão, Coeficientes de determinação,  $F$  estatístico, graus de liberdade e níveis de significância ( $p$ )

Variáveis Preditivas	F (df) p	Coeficiente de Determinação ( $\beta$ )	DP	Teste $t$ (p)	Importância Preditor
PC VI Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	51,133 (1) 0,001	0,189	0,026	7,151 (0,001)	0,323
PC III Cuidados de Enfermagem Prestados	36,560 (1) 0,001	0,225	0,037	6,046 (0,001)	0,231
PC V Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	21,561 (1) 0,001	0,178	0,038	4,643 (0,001)	0,136
PC II Envolvimento e Participação dos Clientes	18,392 (1) 0,001	0,167	0,039	4,289 (0,001)	0,116
PC I Acesso aos Cuidados de Enfermagem	17,393 (1) 0,001	0,190	0,045	4,171 (0,001)	0,110
PC IV Competências dos Enfermeiros	13,437 (1) 0,001	0,176	0,048	3,666 (0,001)	0,085

Os valores baixos de importância de cada preditor reforçam a relevância da presença de todas estas variáveis para a determinação da variável dependente. O método de regressão *Stepwise* confirmou que todos os preditores são relevantes para medir a variável dependente

– *Satisfação dos Clientes* – MFPC. Tendo em conta o seu significado estatístico, as seis dimensões identificadas no nosso estudo explicam, ou predizem, 94,60% da variância global da variável dependente ( $R^2$  ajustado 0,946) – Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCL.

Relativamente à amostra de Pessoas Dependentes, a análise de regressão hierárquica selecionou apenas cinco variáveis independentes com altos significados estatísticos ( $p < 0,001$ ), para um nível de confiança de 95%. Foi excluído da regressão a variável *D III Cuidados de Enfermagem Prestados*, por não apresentar níveis de significância. Nesta amostra, os valores de  $F$  e  $t$  não são calculados (Quadro 9), devido ao reduzido número de casos.

Na ordenação das importâncias explicativas é, mais uma vez, tal como nos resultados apurados para os MFPC, a variável relativa à *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* ( $\beta$  0,200;  $p < 0,001$ ) que surge com a maior importância de explicação da Satisfação global dos dependentes, sendo responsável por 36,4% do valor explicativo da variável dependente. Sucede-se a *D II Envolvimento e Participação dos Clientes* ( $\beta$  0,200;  $p < 0,001$ ), com 22,7%. De seguida é a *D I Acesso aos Cuidados de Enfermagem* ( $\beta$  0,200;  $p < 0,001$ ) que explica 16,7% da Satisfação. Depois, surge a *D V Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento* ( $\beta$  0,200;  $p < 0,001$ ) que prediz 14,6%. Por último, a *D IV Competências dos Enfermeiros* ( $\beta$  0,200;  $p < 0,001$ ) surge com a menor importância explicativa, com um valor de 9,5% de predição da Satisfação (Quadro 9).

**Quadro 9.** Análise de regressão *Stepwise* das dimensões da satisfação aplicadas à Pessoa Dependente, para a variável dependente ( $p \leq 0,05$ ): Valores de importância do preditor, Teste  $t$ , Desvio Padrão, Coeficientes de determinação,  $F$  estatístico, graus de liberdade e níveis de significância ( $p$ )

Variáveis Preditivas	F (df) p	Coeficiente de Determinação ( $\beta$ )	Desvio Padrão	Teste $t$ ( $p$ )	Importância do Preditor
D VI Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	(1) 0,001	0,200	0,000	$t$ (0,001)	0,364
D II Envolvimento e Participação dos Clientes	(1) 0,001	0,200	0,000	$t$ (0,001)	0,227
D I Acesso aos Cuidados de Enfermagem	(1) 0,001	0,200	0,000	$t$ (0,001)	0,167
D V Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	(1) 0,001	0,200	0,000	$t$ (0,001)	0,146
D IV Competências dos Enfermeiros	(1) 0,001	0,200	0,000	$t$ (0,001)	0,095

Mais uma vez, os valores baixos de importância de cada preditor reforçam a relevância da presença de todas estas variáveis preditoras para a determinação da variável dependente. O método de regressão *Stepwise* confirmou que todos os preditores são relevantes para medir a variável dependente – *Satisfação dos Clientes* – das *Pessoas Dependentes*, com exceção da variável *Cuidados de Enfermagem Prestados*. Tendo em conta o seu significado estatístico, as variáveis selecionadas explicam, ou predizem, 94% da variância global da variável dependente ( $R^2$  ajustado 0,940).

Depois de confirmados ou redefinidos os itens que compõem cada uma das subescalas e tomadas as decisões baseadas nos testes de validação, podemos dizer que temos um instrumento capaz de avaliar a satisfação dos clientes das ECCI com os cuidados de enfermagem. Todas as subescalas identificadas têm importância para efeitos do estudo da satisfação dos clientes; não sendo nenhuma dispensável. No seu conjunto, as seis dimensões da satisfação que emergiram do estudo metodológico explicam mais de 90% da variância do constructo global em apreciação. Assim, passamos a ter a última configuração do SATENF-ECCI, agora renomeado por Versão2 (Anexo 15).

### **Síntese final sobre a validação do instrumento**

Em síntese, com a validação deste instrumento esperamos contribuir para a definição de indicadores de satisfação, de forma a possibilitar a caracterização da opinião dos seus utilizadores de forma mais uniforme, fiável e sistemática. Desta maneira, possibilita-se a obtenção de resultados na população estudada e, futuramente, a adoção de medidas corretivas nos serviços.

A validação do instrumento acabou por ser efetuada, essencialmente, numa amostra de familiares cuidadores (201). Perante as circunstâncias do número reduzido de respondentes dependentes, consideramos que, em geral, a validação do instrumento, quer numa quer noutra parte da amostra, assumiu a mesma configuração. Quer isto dizer que, os resultados sugerem que os itens que devem compor o SATENF-ECCI, e as suas subescalas, são praticamente os mesmos – quando aplicados ao MFPC ou quando aplicados à pessoa dependente. Pode-se então concluir que:

- Avaliar nos MFPC ou nas Pessoas Dependentes, quando possível, permite ter a satisfação do caso. Não é necessário perguntar às duas pessoas do caso;
- As sete áreas teóricas da satisfação são sustentadas pelo trabalho de análise estatística, pelo que se pode falar em subescalas;
- Todas as seis subescalas estão fortemente associadas, o que mostra que avaliam uma única coisa – a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.
- Os itens a serem incluídos na versão final deste tipo de instrumento, no particular dos cuidados de enfermagem prestados, não podem ser demasiado específicos.
- Todas as subescalas identificadas têm importância, para efeitos do estudo da satisfação dos clientes, não sendo nenhuma dispensável. No seu conjunto, as seis dimensões da satisfação que emergiram do estudo metodológico explicam mais de 90% da variância do constructo global em apreciação

### **3.2 A satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

Depois de discutidos os resultados obtidos no que se refere às características da amostra e à validação do instrumento construído, iremos avançar para o estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Assim, serão examinados os níveis de satisfação apurados, quer para os MFPC quer para as pessoas dependentes, associando, também, os resultados dos testes inferenciais que permitiram encontrar relações entre os níveis de satisfação e as principais variáveis de caracterização da amostra estudada.

Para averiguar o efeito de cada uma das variáveis de atributo ou caracterização da amostra em cada uma das seis dimensões da satisfação apuradas, procedeu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes, quando se tratavam de dois grupos. Nos casos em que se verificavam três ou mais que grupos, procedeu-se à análise de variância (ANOVA).

No presente relatório, apenas serão apresentados os resultados estatisticamente significativos. Por uma questão de organização, optámos por iniciar a apresentação da caracterização da satisfação global de ambas as amostras (de MFPC e Pessoas Dependentes), no sentido de fornecermos uma visão geral da sua configuração. No geral, será exposta uma visão “macro” relativamente às seis dimensões da satisfação adotadas, em detrimento de um olhar mais pormenorizado sobre cada um dos aspetos ou itens que integram as dimensões.

Relembramos que os dados da análise estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo), relativos aos itens e subescalas, foram já apresentados na discussão das características psicométricas do SATENF-ECCI. No entanto, nessa altura, o enfoque sobre os dados servia para a aferição do instrumento. Assim, neste capítulo, alguns desses dados voltam a ser revisitados, mas, agora, no sentido de se evoluir para a estatística inferencial – dando visibilidade à forma como outras variáveis podem influenciar as seis dimensões / subescalas da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

#### **3.2.1 A satisfação global dos clientes**

No sentido de facilitar a discussão dos resultados obtidos, médias globais e relativas obtidas nas subescalas do SATENF-ECCI em ambos os clientes, apresentamos a tabela 35 onde se observam as médias (X) e os desvios padrão (DP) de forma ordenada.



**Tabela 35.** Distribuição comparativa das médias e desvio padrão: Satisfação global e por cada uma das subescalas, adaptadas ao MFPC e à Pessoa Dependente

AMOSTRA DE MFPC		SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	AMOSTRA DE PESSOAS DEPENDENTES	
Subescalas	(DP) X		X (DP)	Subescalas
(PC) Média da Satisfação Global	(1,243) 8,64		8,85 (1,473)	(D) Média da Satisfação Global
PC IV - Competências dos Enfermeiros	(0,882) 9,28		9,46 (1,092)	D IV - Competências dos Enfermeiros
PC I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	(1,252) 8,70		9,04 (1,228)	D V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento
PC V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	(1,254) 8,67		8,94 (1,529)	D I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem
PC III - Cuidados de Enfermagem Prestados	(1,507) 8,55		8,63 (1,791)	D III - Cuidados de Enfermagem Prestados
PC II - Envolvimento e Participação dos Clientes	(1,509) 8,39		8,45 (1,899)	D II - Envolvimento e Participação dos Clientes
PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	(1,709) 8,23		8,38 (1,885)	D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Os resultados apurados são, em termos de satisfação, “bons”. Percebemos uma grande sobreposição de resultados entre familiares cuidadores e pessoas dependentes. Sob o ponto de vista da ordenação, por ordem decrescente, dos resultados da satisfação obtidos em ambas as amostras, verificaram-se diferenças ao nível das 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> posições – onde se observa (Tabela 35) a inversão de ordem entre as subescalas referentes ao *Acesso aos cuidados de enfermagem* e à *Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*. Na amostra de MFPC foram obtidos melhores resultados de satisfação relativos ao acesso aos cuidados, do que na amostra de pessoas dependentes.

Apesar de as amostras apresentarem tamanhos muito diferentes, pode constatar-se semelhanças nos resultados parcelares, em todas as dimensões, sendo notório um ligeiro aumento da satisfação dos dependentes – inclusive na *Média da Satisfação Global*. Como já assinalamos, pode-se afirmar que, no geral, o resultado da satisfação global manifestada pelos inquiridos no presente estudo (clientes dependentes e cuidadores), relativamente aos cuidados de enfermagem foi muito elevada. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Palese *et al.* (2011) e de Suhonen *et al.* (2012). Também, noutro estudo realizado em Itália, valores elevados de satisfação foram igualmente observados (Sforzin, Nava & Pinamonti, 2009).

#### Satisfação dos MFPC com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI

A *Média da Satisfação* global dos MFPC, obtida por computação a partir das médias das seis subescalas, foi de 8,64 (DP=1,243). A média obtida no item *PC59* foi de 8,99

(DP=1,309). Embora próximas, nota-se uma ligeira elevação quando a amostra é questionada, diretamente, sobre a satisfação global. As respostas mínimas, dentro da amplitude da escala de *Likert*, situaram-se entre o um e o seis. Já a resposta máxima foi sempre 10, em todas as subescalas. No que se refere às médias obtidas em cada uma das subescalas, a mais baixa (8,23) verificou-se na subescala *PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. O valor mais elevado de média (9,28) verificou-se na subescala *PC IV - Competências dos Enfermeiros*. No que se refere ao desvio padrão, os seus valores oscilaram entre 0,882 e 1,709.

No gráfico 1, relativamente ao distanciamento das médias de cada uma das subescalas com o valor global da *Média da Satisfação* (variável computada), representada na figura por uma linha, observa-se que existem três dimensões acima da média e três abaixo. As que superam a *Média Global* são: *PC V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, *PC I - Acesso aos cuidados de enfermagem* e, com maior destaque, *PC IV - Competências dos enfermeiros*. As que se apresentam abaixo da *Média da Satisfação* são: *PC III - Cuidados de enfermagem prestados*, *PC II - Envolvimento e participação dos clientes*, e, a que mais se distancia da média global é aquela relativa a: *PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Este achado denota a necessidade de se refletir sobre a forma como pode ser maximizada a continuidade dos cuidados, nomeadamente em termos da forma como os enfermeiros se articulam com outros profissionais, de saúde e do foro social, em particular quando se trata da preparação da alta ou saída do caso da ECCI. Especificamente, sobre os itens que compõem a dimensão *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* serão discutidos mais à frente.

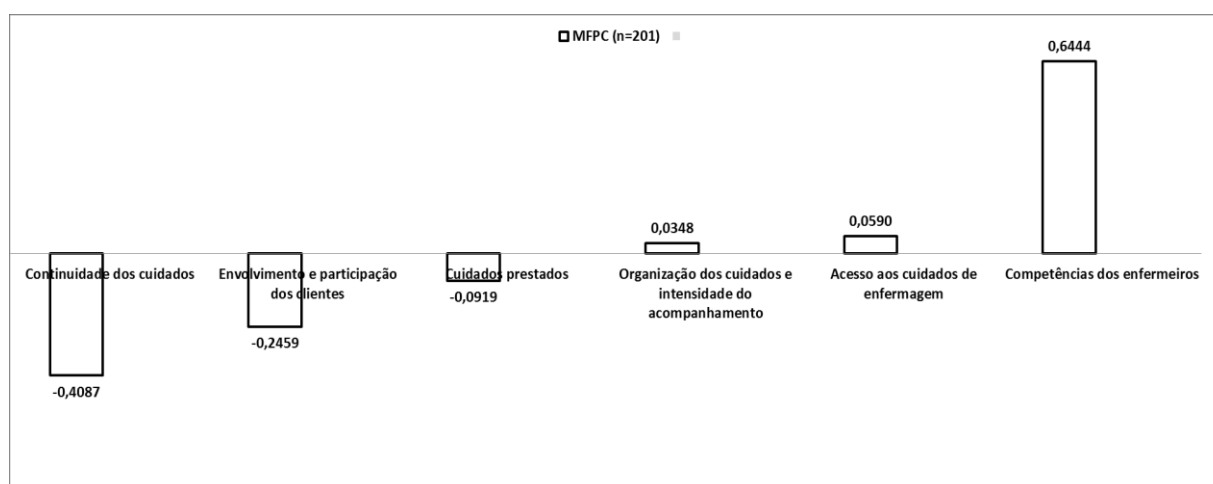


Gráfico 1. Comparação das médias das subescalas, adaptadas ao MFPC, com a *Média da Satisfação Global* do MFPC e respectivas diferenças

Do resultado da aplicação dos testes estatísticos, revelaram-se diferenças significativas entre a *Média global da Satisfação* dos MFPC e a idade do Dependente. A *Média da Satisfação*

dos MFPC é mais elevada conforme aumenta a idade da pessoa dependente a seu cargo ( $F(54,146)1,403$ ;  $p<0,058$ ). Também, em sintonia com este resultado na satisfação, foram os prestadores de cuidados que referiram que recomendariam os cuidados das ECCI a um familiar ou amigo ( $X=8,68$ ) que também apresentaram *Média da Satisfação* mais elevada que aqueles que referiram que não recomendariam ( $X=5,62$ ;  $t(199)4,434$ ;  $p<0,001$ ).

No estudo de Nadarević-Stefanec, Malatestinić, Mataija-Redzović e Nadarević (2011), foi nos doentes mais velhos que se verificaram os mais altos níveis de satisfação com a prestação de serviços de saúde. Embora no estudo destes autores a idade da pessoa doente foi a que influenciou a satisfação do próprio doente, no caso do nosso estudo foi a idade da pessoa dependente que influenciou a satisfação do seu familiar cuidador. Este facto pode estar associado à tipologia de cuidados que são prestados pelas ECCI, em Portugal.

Aqui, no presente estudo, duas das áreas principais dos cuidados prestados pelos enfermeiros residiram nos: *Ganhos em conhecimentos* relativos quer ao prestador de cuidados quer à pessoa dependente e nos *Ganhos em autonomia / independência nos requisitos universais do autocuidado*. Estas duas áreas de ganhos em saúde estão intimamente ligadas a um perfil de cliente com elevados níveis de dependência e, frequentemente, mais idosos. Assim, um familiar cuidador que veja supridas as suas próprias necessidades e as necessidades do seu familiar dependente, tende a estar mais satisfeito com os cuidados de enfermagem prestados.

#### **Satisfação dos Dependentes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI**

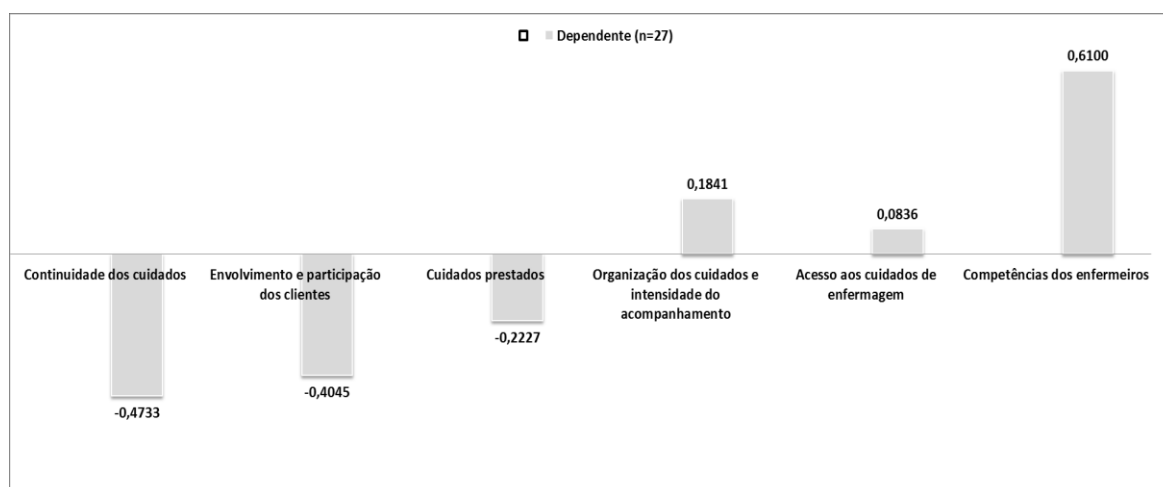
A média da satisfação global dos dependentes que participaram na amostra, obtida por computação das médias das seis subescalas, foi de 8,85 (DP=1,473). Já a média do item PC59 foi de 9,00 (DP=1,881). Tal como verificado na amostra de MFPC, existe um ligeiro aumento do nível da satisfação, quando se questiona diretamente e na globalidade sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem. Destaca-se o facto de os valores de correlação entre os itens PC59 (dirigida aos familiares cuidadores) e D59 (dirigida às pessoas dependentes) serem muito altos, o que vem sugerir a igual tendência de respostas em ambos os itens, quando aplicados às duas sub-amostras. Este achado, como já tivemos oportunidade de assinalar, sugere-nos que, mesmo nos casos em que existem dois clientes (MFPC e Pessoas Dependentes), basta entrevistar um deles para obtermos a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.

Pela média global, quando é o próprio dependente a responder existiu um sentido ainda mais positivo. Foi nesta amostra que se verificou o maior número de respostas, na escala de

*Likert*, de 10. Este comportamento de resposta pode estar relacionado com a dificuldade que, em geral, os clientes dependentes demonstraram em responder ao formulário. Na forma de responder a cada questão colocada, alguns dependentes tinham uma manifesta tendência para explicar a sua resposta, com discurso livre, mais do que responder através da escala de *Likert* proposta. Com efeito foi mais fácil administrar o formulário a MFPC do que a pessoas dependentes.

Sobre as médias obtidas em cada uma das subescalas, a mais baixa (8,38) verificou-se na subescala (*D VI*) relativa à *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. O valor mais elevado (9,46) de média verificou-se na subescala *D IV - Competências dos Enfermeiros*. No que se refere ao desvio padrão, os seus valores oscilam entre 1,092, na subescala *D IV*, e 1,899, na subescala *D II*. Efetivamente, a satisfação com as competências dos enfermeiros revelou-se a dimensão mais positiva – quer por parte dos dependentes, como da parte dos seus familiares cuidadores.

No gráfico 2, voltamos a repetir o procedimento de verificação do distanciamento das médias de cada uma das seis subescalas com a *Média do valor global de Satisfação* (variável computada). Tal como aconteceu na amostra de MFPC, observa-se que existem três subescalas acima e outras três abaixo da linha que representa a média global. As que superaram a *Média Global* são: *D V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, *D I - Acesso aos cuidados de enfermagem* e, com maior destaque, *D IV - Competências dos enfermeiros*. As que se apresentam abaixo da *Média da Satisfação* global são: *D III - Cuidados de enfermagem prestados*, *D II - Envolvimento e participação dos clientes*, e, a que mais se distancia, com maior pendor negativo, *D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*.



**Gráfico 2.** Comparação das médias das subescalas, adaptadas à Pessoa Dependente, com a *Média da Satisfação Global da Pessoa Dependente*

Dos testes efetuados, os dados sugerem diferenças significativas entre a *Média da Satisfação* da Pessoa Dependente e o sexo dos MFPC. Os dependentes com prestadores de cuidados do sexo masculino ( $X=9,77$ ) tiveram *Médias da Satisfação* mais altas que os que têm prestadores de cuidados do sexo feminino ( $X=8,53$ ;  $t(25)2,012$ ;  $p=0,055$ ). De uma forma causal, este achado parece não angariar uma explicação teórica fácil. Cremos que, este facto estará suportado por outros factores que influenciam a satisfação global das pessoas dependentes. Se assumirmos que, por questões de género e natureza daquilo que é o cuidado no seio das famílias, as prestadoras de cuidados são mais exigentes e influenciam os seus familiares dependentes, então fica mais fácil explicar aquela diferença. No entanto, não podemos deixar de recordar que a maioria dos familiares cuidadores eram mulheres, assim como tem sido verificado em outros estudos (Costa, 2013; Machado, 2013; Parente, 2013; Rocha, 2015). Facto também comprovado pelos relatórios de monitorização da RNCCI, dos últimos anos (ACSS, 2015a).

Também os dependentes com prestadores de cuidados com experiência anterior ( $X=7,73$ ) apresentaram melhor *Média da Satisfação* que os que têm cuidadores que referiram não ter experiência anterior, enquanto cuidadores de alguém adulto ( $X=9,17$ ;  $t(25)-2,275$ ;  $p=0,032$ ). O facto de os MFPC apresentarem, eventualmente, um nível de *mestria* superior, parece trazer um pendor positivo à perceção sobre a satisfação global dos dependentes. Segundo Meleis (2010), *mestria* é um indicador de resultado que se demonstra quando o prestador de cuidados assegura o desenvolvimento de capacidades e comportamentos necessários no decurso da experiência da transição para o exercício do papel de prestador de cuidados. Ou seja, a forma como este cliente dá resposta às necessidades do seu familiar dependente, produz benefícios no indivíduo, clientes e família (Meleis, 2010, p.457). Desta forma, pode compreender-se, na óptica do dependente, que este se sinta mais satisfeito quando tem ao seu lado um familiar cuidador mais experiente.

Ainda, a *Média da Satisfação* da pessoa dependente tende a ser mais elevada conforme aumentou o número de horas, semanais, que o seu MFPC lhe prestou cuidados ( $F(8,18)3,112$ ;  $p<0,022$ ). Um dos critérios para a referenciação numa ECCI é a existência de um familiar cuidador informal, nomeadamente no caso de pessoas com elevado grau de dependência (RNCCI, 2008). Baseado nisto, quanto mais horas este cuidador assiste a pessoa dependente, este avalia, de forma mais positiva, os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Aqui, parece ser percecionado que o cuidado informal prestado pelo familiar cuidador, emerge como uma extensão do cuidado formalmente prestado pelos enfermeiros das ECCI. Por outro lado, a presença constante, demonstradora de disponibilidade do familiar cuidador, pode

servir como a melhor forma de apaziguar os seus anseios, oriundos da sua fragilidade e dependência de terceiros.

### **3.2.1.1 A satisfação dos MFPC versus a satisfação dos dependentes**

Como já foi anteriormente referido, com a análise correlacional pretendemos saber se existe ou não correlação entre as dimensões entre si e estas e a Satisfação Global dos Clientes. Também se pretende encontrar a força e o sentido dessa mesma relação, bem como equacionar qual das seis dimensões do formulário tem a correlação mais elevada com a Satisfação Global. Para tal, com a determinação do coeficiente  $r$  de Pearson, temos dados precisos quanto à relação que existe entre os itens e as subescalas, bem como à relação entre as subescalas e a Satisfação dos Clientes.

Respeitando os valores e respetiva significância estatística do estudo correlacional, em que todas as variáveis em estudo – itens, dimensões e Satisfação dos Clientes – são chamadas a revelarem a magnitude de interação entre si, acedemos então à configuração da satisfação dos clientes da ECCI. Ou seja, uma configuração da satisfação revelada através das respostas das duas amostras, que compara os valores de correlação resultantes da aplicação do formulário SATENF-ECCI às amostras de clientes das Equipas de Cuidados Continuados Integrados – MFPC e Pessoas Dependentes. Os valores dizem respeito às correlações dos itens com a sua respetiva subescala e às correlações, ordenadas, destas subescalas/dimensões com o valor da satisfação global. Aqui já não se estuda cada dimensão isoladamente, mas sim observando todas as variáveis em interação (itens, dimensões e valor global da satisfação dos clientes).

Considerando este ponto de análise, numa perspetiva global, as variáveis surgiram associadas entre si, sendo que algumas delas estão fortemente correlacionadas. Em geral, as correlações mais fracas verificaram-se ao nível de correlação positiva – moderada ( $r > 0,40$ ) e existem duas associações itens-subescala que não foram significativas ( $p \geq 0,05$ ) no SATENF-ECCI adaptado à pessoa dependente (Anexo 16).

No que respeita à perceção do cliente sobre a organização dos cuidados na ECCI temos um número diferente do número de casos, visto estas questões terem sido colocadas a todos os respondentes do formulário. Ou seja, 27 pessoas com dependência, e que integraram a ECCI, e 201 MFPC. Estas questões foram, e deverão ser, colocadas após o participante respon-

der a todas as questões relativas às dimensões da satisfação, no sentido de não condicionarem o inquirido nas suas respostas.

Da análise destes resultados, ressalta-se que 109 MFPC (54,2%) referiram não ser capazes de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar dependente. Este facto acaba por colocar em causa a assunção de que, no contexto das ECCI, se utiliza a gestão de casos como modelo de gestão dos cuidados. Também 12 (44,4%) das pessoas dependentes referiram não conseguir identificar o “enfermeiro responsável” (Tabela 36).

Sobre a questão relativa à importância de identificar o principal enfermeiro responsável pela gestão do caso, 119 MFPC (59,2%) referiram que sim. O mesmo aconteceu com 13 dependentes (48,1%) que também referiram a sua importância. Estes achados mostram que os clientes ainda estão pouco consciencializados e sensibilizados para a lógica de gestão de casos, no contexto das ECCI; modelo que pode ser decisivo para assistência a este tipo de clientes (Onder *et al.*, 2007).

No que concerne à última questão “recomendaria os cuidados de enfermagem desta ECCI”, apenas uma pessoa dependente (3,7%) e três MFPC (1,5%) responderam que não recomendariam.

**Tabela 36.** Distribuição dos clientes relativa à percepção sobre a organização da ECCI

Identifica o principal enfermeiro responsável pelos cuidados	Dependente		MFPC	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Sim</b>	15	55,6	92	45,8
<b>Não</b>	12	44,4	109	54,2
Total	27	100	201	100
Considera importante identificar o principal enfermeiro responsável pelos cuidados	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Sim</b>	13	48,1	119	59,2
<b>Não</b>	14	51,9	82	40,8
Total	27	100	201	100
Recomendaria os cuidados de enfermagem desta ECCI	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
<b>Sim</b>	26	96,3	198	98,5
<b>Não</b>	1	3,7	3	1,5
Total	27	100	201	100

### 3.2.2 A satisfação dos clientes por dimensões do SATENF-ECCI

Depois de discutidos os resultados obtidos no que se refere à satisfação, numa perspectiva global, propomos, agora, uma observação dos resultados organizada pelas seis dimensões da satisfação estudadas. Será apresentada uma dimensão de cada vez e, em simultâneo, os resultados relativos ao MFPC e à pessoa dependente.

Como já ficou bem evidente, os nossos resultados mostram que, globalmente, os inquiridos estão bastante satisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Entre muitos outros aspetos que podem explicar estes achados, não será desprezível o “nível de expectativas”, à partida, dos clientes (Donabedian, 2003), ainda a lidarem com um serviço novo, que representa uma rutura com uma realidade muito centrada no hospital; realidade que imperou (impera) no nosso sistema de saúde.

Conscientes dos múltiplos elementos que podem estar em jogo neste fenómeno que aqui se desvela, avançamos para a apresentação dos resultados, tendo por referências as seis dimensões / subescalas do SATENF-ECCI.

#### 3.2.2.1 Acesso aos cuidados de enfermagem

Numa análise mais específica, olhando agora os resultados relativos à subescala *Acesso aos cuidados de enfermagem*, constatou-se que as médias de resposta a cada item que compõe a subescala foram elevadas. Na subescala adaptada ao MFPC, obteve-se uma média de respostas de 8,70 (DP=1,252), tendo existido respostas em toda a amplitude da escala de *Likert* – entre o um (1) e o 10.

O item que obteve média mais elevada de satisfação, desta subescala, quando questionados os MFPC, foi *O acolhimento feito pelos enfermeiros* ( $X=9,08$ ). A média mais baixa foi obtida no item *O tempo que dedicaram à prestação de cuidados* ( $X=8,27$ ).

Verificaram-se diferenças significativas entre os prestadores de cuidados do sexo masculino e os do sexo feminino face à satisfação com o *Acesso aos cuidados de enfermagem* ( $t(199)1,988$ ;  $p=0,048$ ). Os MFPC do sexo masculino ( $X=8,89$ ) estão mais satisfeitos com o acesso aos cuidados do que as mulheres ( $X=8,54$ ).

Os prestadores de cuidados que consideraram ser importante ter identificado o enfermeiro responsável pelo caso do seu familiar ( $X=8,52$ ) também apresentaram uma satisfação mais



elevada com o *Acesso aos cuidados de enfermagem*, quando comparados com aqueles que não consideraram ser importante ( $X=8,95$ ;  $(t(199)-2,441$ ;  $p=0,016$ ).

Ainda se constatou que os MFPC que recomendariam os cuidados da ECCI ( $X=8,73$ ) também apresentam maior satisfação com o *Acesso aos cuidados de enfermagem*, em comparação com aqueles que não recomendariam ( $X=6,50$ ;  $(t(199)3,123$ ;  $p=0,002$ ).

Na mesma subescala, mas aplicada às Pessoas Dependentes, foi encontrada uma média de respostas de 8,94 ( $DP=1,529$ ), tendo existido respostas em toda a amplitude da escala de *Likert*. Aqui, o item que apresentou maior nível de satisfação foi *O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço* ( $X=9,22$ ), sendo que o que obteve nível mais baixo foi o mesmo que na amostra de MFPC - *O tempo que dedicaram à prestação de cuidados* ( $X=8,67$ ).

Foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre a experiência anterior do prestador de cuidados e a satisfação do dependente com o *Acesso aos cuidados de enfermagem*. Os dependentes com prestadores de cuidados com experiência anterior ( $X=7,78$ ) apresentaram maior satisfação com o *Acesso aos cuidados de enfermagem*, quando comparados com os dependentes com cuidadores sem experiência ( $X=9,26$ ;  $t(25)-2,260$ ;  $p=0,033$ ).

Os dados sugerem, também, que a satisfação dos dependentes com o *Acesso aos cuidados de enfermagem* tende a ser mais elevada conforme aumenta o número de horas semanais, que o seu MFPC que lhe presta cuidados ( $F(8,18)3,630$ ;  $p<0,011$ ).

Nesta dimensão da satisfação - *Acesso aos cuidados de enfermagem* -, o item *O tempo que dedicaram à prestação de cuidados*, em ambas as amostras, foi aquele que manifestou valores menos positivos. *O tempo que dedicaram à prestação de cuidados*, pode ser afetado pela eventual escassez de recursos humanos de enfermagem, uma vez que a satisfação é influenciada pela disponibilidade e quantidade de recursos humanos existentes (Moret *et al.* 2012; Otani *et al.*, 2009). Por outro lado, estes resultados vão de encontro do repto lançado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Ao ponderar-se as ECCI como o núcleo central da rede, este organismo (OPSS, 2015) advoga que estas equipas teriam de funcionar 365 dias por ano e 24 horas por dia. Para além das ações tendentes ao desenvolvimento da mestria dos clientes e dos familiares cuidadores, os profissionais teriam de alargar o leque de cuidados prestados, de acordo com um plano de intervenção pré-estabelecido; passando pela sua responsabilização pelos cuidados contratualizados externamente, como são exemplo: os cuidados de higiene à pessoa, a higienização da casa e o fornecimento de refeições – atual-

mente da responsabilidade de financiamento e contratação pela Segurança Social (OPSS, 2015). Aquilo que se discute é se, os profissionais de enfermagem, que exercem uma profissão autorregulada, enquanto grupo profissional essencial nas ECCI, para além daquele que mais tempo dispensa aos clientes, dadas as suas necessidades, não deveria ser o gestor de todos os cuidados e recursos mobilizados, em linha com a ideia de uma “gestão de casos” feita por enfermeiros (Llewellyn & Leonard, 2009).

Em ambas as amostras, embora de forma não tão notória, verificou-se uma tendência para níveis de satisfação mais baixos nos itens: *A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento* e *A prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar*. Julgamos que esta perceção, por parte dos inquiridos, se prende, mais uma vez, com o facto de o horário de funcionamento dos serviços em estudo ser das 8 às 20 horas nos dias úteis e das 8 às 17 horas ao fim-de-semana. Apesar de os inquiridos dizerem que são avisados deste facto, verificou-se que, a par da resposta aos itens, introduzem discursos sugestivos da necessidade do alargamento do período de funcionamento das ECCI. Ora, este é um eixo onde importa apostar, para efeitos do avanço da cobertura assistencial e, por força de razão, da satisfação dos clientes.

Meyer (2010) refere que a mudança de modelos de intervenção clínica do hospital para a casa das pessoas exige uma mudança cultural, pessoal e organizacional – particularmente para os técnicos de saúde, que estão habituados aos modelos tradicionais de prestação de cuidados. O autor acrescenta, ainda, que existem muitos profissionais de saúde, onde nós incluímos os enfermeiros, que ainda duvidam das novas abordagens que possibilitam assistência, em novos ambientes e com recurso a “novas” tecnologias, como o correio eletrónico ou a chamada telefónica (Idem, 2010). Neste quadro, o mesmo autor refere-se aos benefícios da transição para novos modelos de assistência e acompanhamento dos clientes, destacando as melhorias da qualidade e a economia de custos com os cuidados de saúde com a utilização de novas tecnologias de informação na prestação de cuidados (Idem, Ibidem).

Existe, ainda, na dimensão do “Acesso...” um outro item, que merece uma discussão particular – *O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço*. Este item obteve uma média de resposta de 8,46, na amostra de MFPC e, X=9,22, na amostra de dependentes. No caso dos familiares cuidadores foi notório um pendor menos positivo na satisfação com este item.

Efetivamente, embora este processo não dependa das ECCI nem dos enfermeiros das ECCI, é um dado em que se deve refletir. O facto de uma pessoa com todos os critérios para ser

integrada numa ECCI, ou até noutro serviço da RNCCI, não seja integrada num período razoável e que esteja próximo das expectativas dos clientes – é altamente prejudicial. Pode ser encarado como negativo, na perspetiva financeira, para o Estado e os contribuintes, e para os clientes e famílias que mantêm adiada a recuperação do estado de saúde, até com a agravante de se manter sujeito aos “inconvenientes” desnecessários que uma hospitalização acarreta, nomeadamente em termos de risco de infeções.

A este respeito Fernando Petronilho (2013), autor de uma tese sobre a alta hospitalar do cliente dependente no autocuidado, verificou serem muito relevantes os ganhos em níveis de independência/autonomia verificados nos clientes, entre o momento da alta hospitalar e o primeiro mês. Ainda, nos resultados obtidos no seu estudo, constatou que uma percentagem significativa de clientes estabilizou o seu nível de dependência entre o primeiro mês, o segundo e o terceiro após a alta hospitalar (Idem, 2013). Deste facto, mais uma vez, se apoia a importância de uma ação profissional sistematizada, capaz de promover a autonomia nas primeiras semanas após o evento crítico gerador da dependência (Idem, Ibidem).

O procedimento e o tempo de espera para um cliente ser admitido numa ECCI, pode ser afetado por possíveis atrasos no processo de referenciação por parte das equipas de gestão de alta (EGA) hospitalares, das equipas coordenadoras locais (ECL) ou, mais a montante, pelo próprio serviço de origem onde o cliente se encontra – a nível hospitalar ou das equipas de saúde familiar. Também a falta de vagas nas ECCI, levando os clientes a ficarem em lista de espera, aumentam os tempos de espera para admissão nas ECCI, o que pode conduzir a menores níveis de satisfação. No estudo de Pinto e Silva (2013) é sugerida a melhoria do procedimento e do tempo de espera para a integração nas ECCI, no que respeita aos procedimentos burocráticos de referenciação.

Ainda, segundo o relatório *Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental* (SEMS, 2014), para as tipologias de resposta de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da RNCCI, o atraso na referenciação e no processo de admissão de clientes é, ainda, muitas vezes devido à necessidade prévia do cálculo do valor dos encargos de apoio social a pagar pelo cliente e do valor da comparticipação da segurança social ao cliente, quando aplicável. Assim, o grupo responsável pelo relatório sugere que as EGA e as Equipas Referenciadoras devem articular-se melhor e colaborar entre si, no sentido de agilizar e facilitar o processo de recolha da documentação e cálculo da comparticipação, por parte dos técnicos da segurança Social, acelerando os processos de admissão de clientes na RNCCI (Idem, 2014). No entanto, no que se refere à referenciação e admissão de clientes

nas ECCI estes problemas não se colocam, pois não existem encargos diretos aos clientes ou família – o que devia permitir maior agilidade na referênciação.

Os problemas na referênciação e na agilidade dos processos de admissão dos clientes são transversais a toda a Rede. Análises presentes em vários relatórios (SEMS, 2014; RNCCI, 2014; OPSS, 2015) sugerem o desenvolvimento de estratégias de sensibilização dos Hospitais e Centros de Saúde para a rentabilização das vagas nos cuidados domiciliários disponíveis na Rede. A sensibilização para a otimização das vagas da RNCCI pode passar pelo desenvolvimento de atividades de formação, dinamizadas pelos próprios profissionais da rede.

Também, Tavares (2011) e Petronilho (2013) referem, nos seus estudos, que a demora na identificação de vagas na RNCCI para os clientes referenciados poderá contribuir para a subreferênciação e para a tendência de drenagem dos clientes dependentes para o domicílio, após a alta do hospital, quando estes tinham critérios para ingressarem num serviço da rede, inclusive nas ECCI. O OPSS (2015) aponta que podem existir casos em que os hospitais enviam clientes com alta para o domicílio, sem a assistência de que necessitam, para não se sujeitarem aos custos associados aos dias de internamento do cliente – até que se identifique a vaga nas ECCI ou na RNCCI – aumentando a subreferênciação. Outra forma de contornar este problema e agilizar os processos de referênciação para a Rede, pode passar por definir rigorosos indicadores ligados à RNCCI, previstos nos contrato-programas dos hospitais, que afetem o financiamento dos cuidados e na definição de indicadores. Por exemplo, a taxa de sinalização e referênciação, que se não for atingida conforme o definido implique uma baixa no seu financiamento (OPSS, 2015).

### **3.2.2.2 Envolvimento e participação dos clientes**

O valor global da subescala, aplicada aos MFPC, relativa ao *Envolvimento e participação dos clientes* apresentou uma média de 8,39 (DP=1,509), sendo que as respostas se situaram entre o dois e o 10 da escala de *Likert*. Quando esta subescala foi aplicada à pessoa dependente apresentou uma média de 8,45 (DP=1,899), sendo que as respostas se situaram entre o um e o 10 da escala de *Likert*. Foi nesta subescala que se observou o desvio padrão mais elevado, reforçando uma maior dispersão das respostas apresentadas pelos participantes.

O item da subescala onde se verificou o nível mais elevado de satisfação dos MFPC foi sobre “*As orientações dadas sobre os cuidados prestados*” (X=8,74). A média mais baixa foi obtida no item relativo ao *fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres*

( $X=7,80$ ). Já quando questionadas as pessoas dependentes, o item que apresentou maior nível de satisfação foi *A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação* ( $X=8,93$ ), sendo que o que obteve nível mais baixo foi o item focado na *informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à sua situação* ( $X=7,75$ ).

Estes menores níveis de satisfação registados na área da informação sobre outros profissionais ou instituições (observada nas respostas dos dependentes), e, também, relativo ao fornecimento de informações acerca dos direitos e deveres dos clientes (observada nos MFPC), vão de encontro aos resultados obtidos nos estudos de Merkouris *et al.* (2013) – estudo em que se verificou que os clientes apresentam menores níveis de satisfação relativamente à formalização da informação pelos enfermeiros. Quer isto dizer que, mesmo que os nossos resultados serem considerados “bons”, este é um aspeto em que importa investir, em favor da qualidade dos cuidados e satisfação dos clientes.

No que se refere à promoção da participação dos clientes nos cuidados, os respondentes tenderam a apresentar médias mais elevadas quando se referiam a si, e médias mais baixas quando se referiam ao seu familiar – seja o cuidador, seja o dependente. Por exemplo, quando questionadas as pessoas dependentes sobre *A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação* estes responderam com média mais elevada do que quando responderam ao item *A forma como foi promovida a participação da sua família ou cuidador*. No caso do MFPC, a amostra comporta-se da mesma forma. Este tipo de resultado sugere que, embora estejam satisfeitos com a forma como eles próprios foram estimulados a participar, consideram que o outro seu familiar poderia ter sido mais envolvido.

Nesta subescala, verificou-se que os prestadores de cuidados que referiram que recomendariam os cuidados das ECCI a um familiar ou amigo ( $X=8,45$ ) também apresentaram maior satisfação com o *Envolvimento e participação dos clientes*, quando comparados com aqueles que referiram que não recomendariam os serviços da ECCI ( $X=4,78$ ;  $t(199)4,366$ ;  $p<0,001$ ).

A satisfação dos MFPC com o *Envolvimento e participação dos clientes* tende a aumentar com a idade do seu familiar dependente. Ou seja, os MFPC mais satisfeitos com a forma como foram envolvidos e levados a participar nos cuidados são os que têm familiares dependentes mais velhos ( $F(54,146)1,641$ ;  $p<0,011$ ). Admite-se que os dependentes mais velhos sejam os mais limitados e com menor potencial de autonomia, pelo que se “exige” maior envolvimento em cuidados diretos, por parte dos familiares cuidadores.

Da análise dos dados, estes sugerem que os dependentes com prestadores de cuidados com experiência anterior ( $X=7,00$ ) apresentam maior satisfação com o *Envolvimento e participação dos clientes*, quando comparados com os dependentes com cuidadores que referem não ter experiência anterior de tomar conta ( $X=8,86$ ;  $t(25)=2,293$ ;  $p=0,031$ ). Também, a satisfação dos dependentes com o *Envolvimento e participação* tende a ser mais elevada conforme aumenta o número de horas, semanais, que o seu MFPC lhe presta cuidados ( $F(8,18)=2,864$ ;  $p<0,030$ ). Mais uma vez, destaca-se a importância da capacitação dos MFPC para tomar conta, contribuindo este facto para a forma como os enfermeiros podem envolver os seus clientes nos cuidados que prestam e, por essa via, para a sua satisfação.

### 3.2.2.3 Cuidados de enfermagem prestados

Na subescala *Cuidados de enfermagem prestados*, aplicada ao MFPC, foi obtida uma média de 8,55 ( $DP=1,507$ ), com respostas mínimas de dois, na escala de *Likert* adotada. Nos resultados relativos às pessoas dependentes obteve-se uma média de 8,63 ( $DP=1,791$ ).

Na amostra de familiares cuidadores o item *apoio emocional fornecido pelos enfermeiros* ( $X=8,81$ ) foi aquele com o nível de satisfação mais elevado. A média mais baixa foi verificada no item centrado na *promoção da autonomia do seu familiar dependente nas atividades de vida diária* ( $X=7,70$ ).

Quando questionadas as pessoas dependentes, o item que apresentou maior nível de satisfação foi relativo aos *cuidados de prevenção de complicações* ( $X=8,70$ ), sendo que o que obteve nível mais baixo foi o item referente à *preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si* ( $X=7,92$ ). Do exposto importa extrair a necessidade de não descurar a promoção da autonomia, até ao máximo potencial dos dependentes, a par da preparação dos MFPC.

Os MFPC que recomendariam os cuidados da ECCI ( $X=8,60$ ) apresentaram maior satisfação com o *Cuidados de enfermagem prestados*, quando comparados com aqueles que não recomendariam o serviço ( $X=5,12$ ;  $t(199)=4,128$ ;  $p<0,001$ ). Por outro lado, a satisfação dos MFPC com os *Cuidados de enfermagem prestados* tende a aumentar com a idade do seu familiar dependente. Ou seja, os MFPC mais satisfeitos são os que têm familiares dependentes mais velhos ( $F(54,146)=1,742$ ;  $p<0,050$ ). Pode, mais uma vez admitir-se que, os dependentes com mais idosos são, neste contexto, os que têm maiores compromissos no autocui-

dado e que carecem, por sua vez, de maior quantidade de cuidados de enfermagem. Daqui poderá resultar a maior satisfação com os cuidados prestados.

Com a aplicação dos testes da estatística inferencial, foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre a experiência anterior do prestador de cuidados, o número de horas que o MFPC presta, semanalmente, à pessoa dependente e a satisfação do dependente com os *Cuidados de enfermagem prestados*. Os dependentes com prestadores de cuidados com experiência anterior ( $X=7,20$ ) apresentaram maior satisfação com os *Cuidados de enfermagem prestados* ( $X=9,04$ ;  $t(25)=-2,411$ ;  $p=0,024$ ). A satisfação dos dependentes com os *Cuidados de enfermagem prestados* tende a ser mais elevada conforme aumenta o número de horas, semanais, que o seu MFPC dedica ao seu cuidado ( $F(8,18)3,598$ ;  $p<0,011$ ).

#### 3.2.2.4 Competências dos enfermeiros

A subescala *Competências dos enfermeiros* é, das seis, a subescala que apresentou a média mais elevada e o desvio padrão mais pequeno. De facto, foi a dimensão em estudo onde os inquiridos evidenciaram níveis de satisfação mais altos. A média de satisfação da dimensão foi 9,28 ( $DP=0,882$ ), no quadro dos nossos resultados, “bastante” superior à *Média da Satisfação global* computada ( $X=8,64$ ) e à média obtida na pergunta *PC59 - Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos?* ( $X=8,99$ ). Aqui, a resposta mínima na escala de *Likert* foi de seis – o que justifica o reduzido desvio padrão. O item que obteve média mais elevada de satisfação, desta subescala, quando questionados os MFPC foi *O respeito pela pessoa* ( $X=9,41$ ). A média mais baixa foi obtida no item *O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados* ( $X=9,03$ ).

Quando a subescala foi aplicada à amostra de dependentes, à semelhança do verificado na amostra de MFPC, volta a ser igualmente a subescala com a média mais elevada e o desvio padrão mais pequeno. A sua média de 9,46 ( $DP=1,092$ ) é também superior à *Média da Satisfação global* calculada ( $X=8,85$ ) e similarmente superior à média obtida no item *PC59 - Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos?* ( $X=9,00$ ). A resposta mínima foi de 6 e, conforme o verificado em todas as subescalas aplicadas ao dependente, a resposta máxima foi 10.

Relativamente aos itens que compõem a dimensão, onde se verificou o maior nível de satisfação das pessoas dependentes foi nos itens: *A qualidade da relação interpessoal estabele-*

*cida pelos enfermeiros e O respeito pela pessoa* (ambos com  $X=9,56$ ). Já onde se obteve nível mais baixo foi o mesmo que o verificado na amostra de MFPC – no item *O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados* ( $X=9,15$ ).

Curiosamente, no estudo efetuado por Ribeiro (2014), onde se usou o mesmo instrumento, foi também na dimensão *Competências dos enfermeiros* onde se verificaram as médias de satisfação mais elevadas – quer relativo a MFPC, quer relativo aos dependentes. Embora em estudos e tamanhos de amostra diferentes, estes achados vêm reforçar uma tendência mais positiva relativamente aos itens que integram a subescala das *Competências dos enfermeiros*.

Os autores Sossai e Pinto (2010) referem a empatia, a horizontalidade, o respeito mútuo e a atitude de não julgamento do profissional em relação ao conteúdo e ao ambiente da visita – como condutores indispensáveis de uma visita domiciliária ou de um contacto. Efetivamente, no presente estudo, os inquiridos parecem reconhecer as competências dos enfermeiros, situando-os a um nível de alta qualidade técnica e relacional. As especificidades do contexto de trabalho e do tipo de clientes, obrigam a que os profissionais de enfermagem tenham, ou desenvolvam, competências próprias e ajustadas a quem presta cuidados na própria casa dos clientes e família – com tudo o que essas circunstâncias implicam. Os nossos resultados sugerem que aquelas competências estão desenvolvidas. Estes achados estão em linha com os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Maqsood, Oweis e Hasna (2012).

Uma das competências, ou item, avaliada nesta subescala é *A qualidade da relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros*. Neste campo, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de estabelecer uma relação de empatia e confiança com o cliente e família, pois é um elemento externo à própria família, que passa a entrar “em casa”.

Os procedimentos estatísticos realizados permitem inferir que, os MFPC que recomendariam os cuidados da ECCI ( $X=9,31$ ) apresentaram maior satisfação com as *Competências dos enfermeiros*, quando comparados com aqueles que não recomendariam ( $X=7,60$ ;  $(t(199)3,513$ ;  $p<0,001$ ), como é “natural” e lógico. Conforme aumenta o número de prestadores de cuidados, familiares, amigos e outros cuidadores informais, aumenta a satisfação relativamente às *Competências dos enfermeiros* ( $F(5,195)=2,419$ ;  $p=0,037$ ). Os dados sugerem a existência de relação entre o número de horas que o MFPC dedica aos cuidados do familiar dependente, por semana, e esta dimensão. Quanto maior o número de horas que o prestador dedica ao cuidado da pessoa dependente, maior é a sua satisfação com as *Competências dos enfermeiros* ( $F(11,189)=2,232$ ;  $p=0,014$ ).



Nesta subescala, aplicada à amostra de dependentes, apenas se observaram resultados com significado estatístico na variável *Tinha experiência anterior de tomar conta de pessoas dependentes?* Os dependentes com prestadores de cuidados com experiência anterior ( $X=8,67$ ) apresentam maior satisfação com as *Competências dos enfermeiros* ( $X=9,69$ ;  $t(25)=-2,163$ ;  $p=0,040$ ), facto a que já aludimos noutras dimensões.

### **3.2.2.5 Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento**

A média obtida na subescala *Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, aplicada aos MFPC, foi de 8,67 ( $DP=1,254$ ), observando-se respostas entre dois e dez. No que se refere à sua aplicação na amostra de dependentes, a média obtida foi de 9,04 ( $DP=1,228$ ), observando-se respostas entre cinco e dez.

Os dependentes com prestadores de cuidados do sexo masculino ( $X=9,95$ ) apresentaram maior satisfação com a *Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, quando comparados com os dependentes com cuidadores do sexo feminino ( $X=8,72$ ;  $t(25)=2,516$ ;  $p=0,019$ ).

Quer quando questionados os familiares cuidadores, quer quando questionados os próprios dependentes, o item com o mais elevado nível de satisfação nesta subescala foi *O número de enfermeiros que iam em cada visita* ( $X=9,41$  e  $X=9,81$ , respetivamente). A média mais baixa foi verificada no item *O número de idas dos enfermeiros a sua casa*, também em ambos os tipos de clientes – familiares cuidadores ( $X=8,22$ ) e pessoas dependentes ( $X=8,78$ ).

O nível mais baixo, na perceção dos MFPC, relativamente ao item *O número de idas dos enfermeiros a sua casa*, indica que os clientes, apesar de estarem, no geral, satisfeitos, consideram que, seria desejável, “mais contactos”. Este resultado está em linha com uma tendência identificada neste estudo. Como vimos, o alargamento da cobertura, em termos de horários, das ECCI é um aspeto do “Acesso aos cuidados” em que importa apostar. No momento da realização do plano individual de intervenção para cada cliente, com base na avaliação que é feita no ingresso do cliente na ECCI, o número de contactos que são necessários realizar pelos enfermeiros são definidos. No entanto, a realização destas visitas pode estar condicionada por um conjunto de aspetos, tais como: a alteração nas necessidades em cuidados de enfermagem apresentadas pelo próprio cliente ou por outros como: a disponibilidade de recursos humanos das equipas de enfermagem das ECCI; a disponibilidade de recursos materiais; e, o veículo de transporte dos profissionais e dos materiais necessários aos cuida-

dos. Na procura da melhoria da qualidade, olhando a perspectiva dos clientes, deve fazer-se uma reflexão sobre se estes requisitos estão, ou não, devidamente assegurados.

A reforçar a importância desta avaliação, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade, surgem os resultados de um estudo realizado pela Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2014). Nesse estudo, foi verificado que existem distritos, da sua área de abrangência, em que o número total de enfermeiros nas UCC não é suficiente para garantir a resposta às vagas das ECCI – detetando que o rácio enfermeiro em UCC – população residente é, em média, de um enfermeiro para 25.526 residentes (Idem, 2014). Em 44 das UCC dos distritos abrangidos, exercem funções 279 enfermeiros, sendo que, destes, 209 são necessários para garantir a resposta adequada ao respetivo número de vagas nas ECCI (1195 vagas) – com base no critério, definido pela OE, de 1 hora / dia / cama de ECCI. Desta forma, extrapolando os dados obtidos neste estudo, faltam mais de 700 enfermeiros nas UCC, só naquela região. Estes rácios ilustram os défices que existem, tomando por referência os valores que a OE preconiza na *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. O documento refere “*As UCC devem ser constituídas no rácio de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro para cada 5.000 habitantes (...)*” (Regulamento n.º 533/2014, p.30248). A alusão a estas referências, pode ajudar a ler os resultados que apuramos no contexto deste estudo.

Ainda a este respeito, num estudo de Rosati, Marren, Davin e Morgan (2009), constatou-se que o empenho organizacional, por parte dos enfermeiros, para a qualidade da assistência e serviço ao cliente são fundamentais para a satisfação do cliente. As variáveis relativas ao comprometimento organizacional: a relação entre o equilíbrio vida - trabalho dos enfermeiros, a remuneração justa e a consideração por todos os colaboradores – influenciavam, a satisfação dos clientes na amostra estudada. Otani e colaboradores (2009) sugerem, ainda, que para aumentar a satisfação dos clientes deve ser verificado se a quantidade e a qualidade dos cuidados e o número de profissionais de enfermagem se encontram adequados.

No presente estudo, detetou-se, ainda, a influência, de modo significativo, de outras variáveis em alguns itens da subescala relativa à “Organização dos cuidados e Intensidade do acompanhamento”. No caso dos MFPC, apenas se verificaram diferenças significativas com o item *PC\_62 Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?* Aqui, os prestadores de cuidados que recomendariam ( $X=8,71$ ) apresentaram maior satisfação com a *Organização dos cuidados e intensidade do acompa-*

*nhamento*, quando comparados com os “não recomendariam” o serviço ( $X=6,28$ ;  $t(199)3,420$ ;  $p<0,001$ ).

As obrigações e necessidades concorrentes de um MFPC, ainda para mais se for uma pessoa ativa, são tão grandes que, estas pessoas, inevitavelmente acabam por sentir grandes dificuldades no exercício do papel de cuidadores informais. Com frequência a questão levantada é: “Vou trabalhar ou vou dar apoio ao meu familiar, que necessita da minha ajuda?”. Muitas vezes, está em causa a necessidade de elementos do agregado familiar faltarem ao trabalho para prestar cuidados a familiares doentes. Atualmente, devido ao ritmo e estilos de vida, emerge a necessidade de cada vez mais serviços de apoio às famílias, no seu contexto, e de estes se ajustarem às necessidades individuais de cada pessoa e família. No atual estudo, o facto de os MFPC que recomendam este serviço terem maior satisfação com a *Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, parece ser uma forma do reconhecimento desta realidade.

De uma forma mais concreta, um dos aspetos avaliados nesta subescala é a compatibilização da prestação de cuidados com as disponibilidades da família. Sossai e Pinto (2010) referem que um dos pontos negativos que dificultam a efetivação dos contactos de enfermagem, em casa das pessoas, é o horário inapropriado dos mesmos; “visitas” que muitas vezes desrespeitam as rotinas familiares. Também, os mesmos autores, se referem ao grande número de profissionais que entram nas casas dos clientes de uma única vez. Sobre esta circunstância, relembramos o facto de um participante do estudo qualitativo sobre as expectativas com a ECCI ter referido:

---

*Nós tentamos sempre, mesmo com a Enfermeira, coordenar as horas mais ou menos a que vem o apoio domiciliário para o banho e as horas a que vem eles (ECCI) vêm. Para não ficarem todos juntos.... (8PC\_E)*

---

Estes dados, a par de outras circunstâncias legitimam a necessidade de se evoluir para quadros legais que regulamentem o estatuto dos familiares cuidadores informais. Só desta forma será possível articular todos os envolvidos na prestação de cuidados aos dependentes que se encontram em casa, sem prejuízo da continuidade nos cuidados.

### **3.2.2.6 Continuidade dos cuidados de enfermagem**

A subescala *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*, aplicada aos MFPC, foi a que apresentou o valor médio de satisfação mais baixo ( $X=8,23$ ) e, também, o maior desvio padrão ( $DP=1,709$ ). Desta forma, por comparação, encontra-se abaixo e foi a dimensão que se

distanciou mais da *Média da Satisfação global* que foi calculada ( $X=8,64$ ). A mesma realidade foi apurada, com ligeiras *nuances* de diferença, quando a subescala é aplicada à pessoa dependente. Foi, igualmente, a dimensão que apresentou menor média ( $X=8,38$ ) de satisfação e o segundo maior desvio padrão ( $DP=1,885$ ). Desta forma, por comparação, encontra-se abaixo da *Média da Satisfação global* calculada ( $X=8,85$ ) e, abaixo da média obtida no item *PC59 - Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos?* ( $X=9,00$ ).

Os resultados globais obtidos nos itens desta dimensão, em ambos os tipos de clientes, são semelhantes. Verifica-se que o item com o nível mais elevado de satisfação, em ambas as amostras, foi o item *associado ao encaminhamento efetuado em situações de urgência – familiares cuidadores* ( $X=8,33$ ) e *personas dependentes* ( $X=9,67$ ).

No que se refere ao item relativo à *forma como foi preparada a sua alta, deste serviço e por parte dos enfermeiros*, na amostra de MFPC foi obtido um valor mais baixo ( $X=7,95$ ), em relação ao valor médio da subescala ( $X=8,23$ ). Já na amostra de dependentes, foi ligeiramente superior ( $X=8,52$ ) à média obtida na sua subescala ( $X=8,38$ ). Associado a estes resultados, releva relacionar-se a análise efetuada às respostas à questão aberta *Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?* Aqui, surgiram várias respostas direcionadas para esta área. Passamos a referir:

---

Pessoa muito chateada, por o seu pai ter tido alta! (160PE)

Se fosse mais tempo era bom, mas já ando melhorzinho! (215DE)

---

Esta análise, às questões fechadas e abertas, parece revelar que, apesar de contextual, a forma como é feita a preparação da alta da ECCI é uma das áreas a melhorar.

Já o item que apresentou a média mais baixa associa-se à *ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio* ( $X=7,88$  e  $X=7,63$  respetivamente). Os resultados apurados evidenciam que esta dimensão deve constituir uma aposta dos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. A promoção da continuidade de cuidados é, reconhecidamente, um dos eixos centrais da qualidade em saúde. Em rigor, as ECCI, como toda a RNCCI, foram desenhadas na base deste pressuposto.

À semelhança da subescala anterior (*Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*), apenas se verificaram diferenças significativas com o item *PC\_62 Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?* Isto é, os prestadores de cuidados que recomendariam a equipa ( $X=8,30$ ) apresentaram maior

satisfação com a *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* que aqueles que referiram que não recomendariam ( $X=3,47$ ;  $t(198)5,162$ ;  $p<0,001$ ). A constância deste achado quase que nos levaria a dizer que a questão “62” representa um “*chunk*” sintético da satisfação dos MFPC com os cuidados prestados pela ECCI. Este tipo de questões agregadoras, sendo úteis na geração de sínteses, assim como em abordagens sumárias de avaliação da satisfação dos clientes, não dispensam recolhas de dados mais pormenorizados, na medida em que, só estas, podem fornecer elementos precisos sobre os aspetos específicos em que importa apostar para melhorar a a satisfação dos clientes.

Mais uma vez, na interpretação dos resultados da aplicação da subescala aos dependentes, foram identificadas diferenças estatísticas significativas relativamente à experiência anterior do prestador de cuidados e ao número de horas que o MFPC presta, semanalmente, à pessoa dependente. Ou seja, os dependentes com prestadores de cuidados com experiência anterior ( $X=6,94$ ) apresentam maior satisfação com a *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* do que os dependentes com cuidadores que referem não ter experiência anterior ( $X=8,79$ ;  $t(25)-2,279$ ;  $p=0,031$ ). Este tipo de resultado, que parece ser uma tendência no nosso estudo, leva-nos a dizer que, experiências anteriores de tomar conta, nomeadamente de dependentes, ajudam a “adequar” ou “regular” as expectativas que os MFPC têm. Por outro lado, admite-se que cuidadores pouco experientes sejam “cuidadores ávidos de ajuda”, pelo que satisfazer as suas necessidades é mais difícil.

Também, a satisfação dos dependentes com a *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* tende a ser mais elevada conforme aumenta o número de horas, semanais, que o MFPC presta ao seu familiar ( $F(8,18)3,899$ ;  $p<0,008$ ). Este é outro dos aspetos que é transversal aos nossos resultados e, como vimos, este achado sugere que os dependentes vêem os cuidados prestados pelos seus familiares cuidadores como uma extensão daquilo que lhes é disponibilizado pela ECCI. Em si mesmo, esta leitura é legítima e, porque não dizê-lo, desejável, uma vez que uma das missões das ECCI é capacitar os MFPC para tomar conta de forma competente.

Relativamente ao distanciamento das médias de cada uma das subescalas, aplicadas ao MFPC, com a *Média da Satisfação global* (variável computada), representada no gráfico 3 por uma linha, observa-se que existem três subescalas que se apresentam abaixo da *Média da Satisfação* são: *PC III - Cuidados de enfermagem prestados*, *PC II - Envolvimento e participação dos clientes*, e, a que mais se distancia negativamente, *PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Apesar disto, não estamos perante grandes disparidades, tendo

em atenção que a escala de resposta tipo *Likert* varia entre o um e o 10. No que se refere às médias obtidas em cada uma das subescalas, a mais baixa (8,23) aplicada aos MFPC verifica-se na subescala *PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*.

No gráfico 3, apresenta-se também o distanciamento das médias de cada uma das subescalas com a *Média da Satisfação* (variável computada) relativa à subamostra de dependentes. Na amostra de dependentes as que se apresentam abaixo da *Média da Satisfação* são: *D III - Cuidados de enfermagem prestados*, *D II - Envolvimento e participação dos clientes*, e, a que mais se distancia com maior pendor negativo, *D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Sobre as médias obtidas em cada uma das subescalas, a mais baixa (8,38) verifica-se na subescala *D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Isto é, no global, um comportamento idêntico ao verificado na amostra de MFPC.

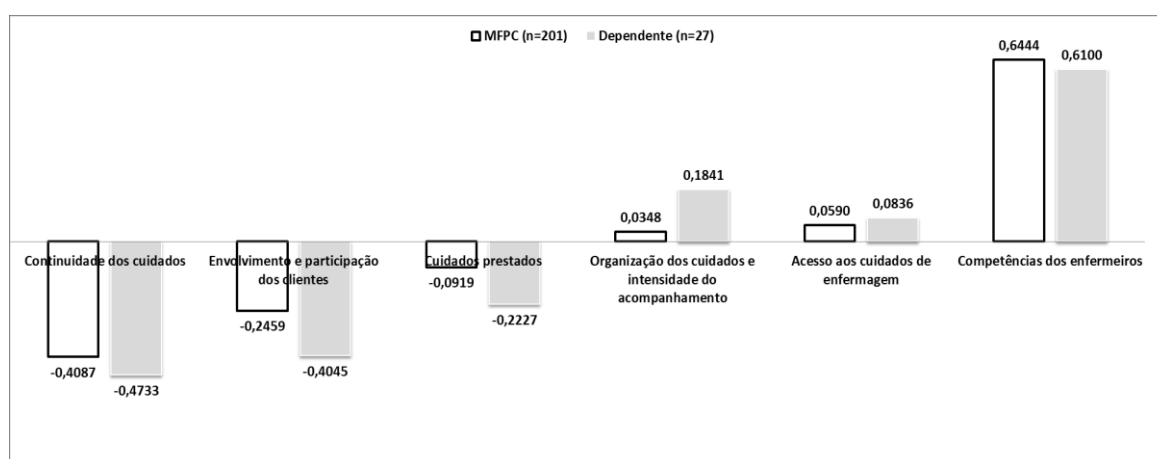


Gráfico 3. Comparação das médias de todas as subescalas com a sua respetiva *Média da Satisfação Global*

Continuando a análise do gráfico 3, a dimensão *Cuidados de enfermagem prestados* ( $X=8,63$ ) é uma das subescalas que, em ambas as amostras, se encontra abaixo da *Média da Satisfação global*. Esta dimensão refere-se a cuidados de enfermagem nas áreas: Prevenção de complicações, preparação do MFPC, apoio emocional fornecido e de promoção da autonomia da pessoa dependente, com as atividades de vida diária. Este resultado está em linha com os achados de um outro estudo, sobre as necessidades em cuidados e prevenção de complicações em pessoas com lesão medular de longo prazo a viver em casa (Van Loo, Post, Bloemen & Van Asbeck, 2010). Naquele estudo, os clientes e familiares referiram que existiam necessidades de cuidados não satisfeitos. A informação fornecida, os cuidados de nível psicossocial e a autoeficácia dos familiares cuidadores, surgiram como as áreas mais importantes a serem melhoradas, na perspetiva dos inquiridos naquele estudo.

Apesar de aqui termos efetuado uma síntese das dimensões em que se obtiveram níveis de satisfação mais baixos, transformando as médias em valores percentuais, no nosso estudo, todas as dimensões em análise estiveram acima dos 80% – sendo a dimensão *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*, relativa à amostra de MFPC, a que obteve 82,3%.

No estudo de Ribeiro (2014), através da aplicação do SATENF-ECCI (Versão 1), foi também a subescala *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* onde se verificaram as médias de satisfação mais baixas relativamente ao MFPC. No que se refere aos clientes dependentes, a subescala com média mais baixa foi a *Intensidade do acompanhamento*, logo seguida pela subescala *Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* (Idem, 2014). Os resultados semelhantes em populações diferentes vêm sugerir que estas são as áreas em que se deve intervir, de forma mais prioritária, identificando as estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem fornecidos.

Olhando, agora as dimensões que superaram a média global de satisfação calculada, quando o SATENF-ECCI foi aplicado à amostra, o valor mais elevado de média (9,28) verificou-se na subescala *PC IV - Competências dos Enfermeiros*. As que superaram a *Média Global* (gráfico 3), foram: *PC V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, *PC I - Acesso aos cuidados de enfermagem* e, com maior destaque, *PC IV - Competências dos enfermeiros*.

Relativamente à amostra de dependentes, o valor mais elevado (9,46) de média verifica-se na subescala *D IV - Competências dos Enfermeiros*. Tal como aconteceu na amostra de MFPC, observa-se que as três subescalas que superaram a *Média Global* de satisfação são: *D V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, *D I - Acesso aos cuidados de enfermagem* e, com maior destaque, *D IV - Competências dos enfermeiros*.

A dimensão *Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento* é, em ambas as amostras, aquela que apresenta um ligeiro nível superior de satisfação – acima da *Média Global*.

Os elevados níveis de satisfação verificados no presente estudo, em termos globais, podem indicar um efeito de gratidão, por parte dos clientes, ou baixas expectativas (Mendes *et al.* (2013). Segundo vários autores (Mahon, 1996; Baron-Epel, Dushenet & Friedman, 2001; Peck *et al.*, 2001; McKinley *et al.*, 2002; Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; Cleary, Horsfall & Hunt, 2003; Gonzalez-Valentin, Padin-Lopez & Ramon-Garrido, 2005; Laschinger *et al.*, 2005; Barron, Moffett & Potter, 2007; Lopes *et al.*, 2009; Maqsood, Oweis & Hasna,

2012; Milutinovic *et al.*, 2012), a satisfação resulta da interação entre as expectativas e a percepção dos cuidados de enfermagem recebidos. Quer isto dizer, que superar expectativas “baixas” é sempre mais fácil, o que permite alcançar melhores índices de satisfação (Donabedina, 2003). Contudo, como sabemos, as expectativas, em larga medida, são “puxadas” pelos próprios serviços, o que confere dinamismo e desafios permanentes a quem se ocupa da gestão da qualidade. É neste sentido que os resultados apurados no nosso estudo não permitem, ao contexto estudado, relaxar, em termos de política de gestão dos cuidados prestados pelas ECCI.

Face a estes resultados, revela-se para nós importante a reflexão sobre o modelo de cuidados em uso nas ECCI, de forma a ser perfeitamente identificado o enfermeiro gestor do caso – dando resposta, não só, a requisitos de qualidade na organização dos cuidados, bem como às expectativas da maioria dos clientes em estudo que referem ser importante a sua identificação. No estudo desenvolvido por Jansen *et al.* (2011), sobre os benefícios de intervenção precoce em doentes com demência e seus familiares cuidadores, a metodologia de trabalho por gestão de casos demonstrou-se mais plenamente eficaz se aplicada e adaptada a doentes e cuidadores informais que experimentam sofrimento e problemas mais graves, do que quando utilizada em período precoce de identificação da demência (Jansen *et al.*, 2011).

No que concerne à última questão “recomendaria os cuidados de enfermagem desta ECCI”, apenas uma pessoa dependente (3,7%) e três MFPC (1,5%) responderam que não recomendariam. Estes resultados vêm reforçar o pendor bastante positivo dos resultados da satisfação com este serviço.

No final da aplicação do formulário, colocou-se uma questão aberta aos participantes sobre outras referências que quisessem fazer associadas à satisfação com os cuidados prestados pelas ECCI (Anexo 17). Neste momento, estimulava-se o participante a fazer sugestões para que a sua satisfação, com este serviço, fosse total. Desta maneira, pretendeu-se dar a possibilidade de o inquirido verbalizar algum aspeto que não estivesse previsto, nos itens originais do formulário, ou que tenha interferido na sua satisfação. Da totalidade dos 228 clientes inquiridos (entrevistas “úteis”), apenas 43 (18,86%) entenderam como necessário “*dizer alguma coisa*”.

O objetivo da análise das sugestões visou, essencialmente, organizar e sintetizar os dados obtidos com estas respostas, de modo a que se pudessem identificar outras características e dimensões da satisfação, que não estavam previstas nas respetivas subescalas e fossem valorizadas por cada um dos respondentes.



Verificou-se um reduzido número de respostas a esta questão aberta, pelo que optámos por apresentar apenas a frequência das mesmas. Foi, no entanto, efetuada uma leitura flutuante, no sentido de “(...) *efectuar inferências, com uma lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas*” (Vala, 1989, p.104). Esta leitura permitiu que se ficasse com uma impressão global acerca das respostas obtidas.

O baixo número de respostas obtido, a esta questão, poderá ajudar-nos a sustentar a maior adequação de lógicas de recolha de dados do tipo formulário, neste tipo de abordagens. Aliás, podemos constatar, durante as nossas pesquisas, que, nas modalidades de recolha e tratamento dos dados, a maioria dos estudos segue as metodologias da investigação quantitativa.

A leitura flutuante das respostas, proposta por Vala (1989), permitiu verificar que existiram respostas ao nível de todas as dimensões que o formulário avalia. Não querendo repetir as respostas dadas a esta questão aberta, estas vieram reforçar as respostas efetuadas ao longo do formulário – permitindo obter sugestões para a melhoria do serviço prestado e, noutros casos, permitiu aclarar a justificação para o sentido, positivo ou negativo, das respostas dadas pelo inquirido. Realça-se a tendência dos respondentes em justificar mais a sua tendência de resposta mais negativa, do que as respostas com pendor mais positivo. Quando o sentido da resposta era mais positivo, eram mais genéricos, com afirmações amplas do género do tipo: *Foi formidável... (4PE)*.

Destas respostas, destacamos, pela sua frequência, os registos relacionados com a insatisfação com o tempo que esperaram para a integração na ECCI e, também, com a perceção de uma alta precoce deste serviço. Como fica também evidente, alguns dos respondentes aproveitaram a questão para reforçar a sua satisfação, não fazendo, de facto, nenhuma sugestão.

### **3.2.3 Os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem dos clientes das ECCI**

O estudo dos ganhos em saúde surgiu como uma oportunidade de associação de fatores que podem influenciar a perceção dos clientes sobre a satisfação com a ECCI. Assim, neste subcapítulo, procura-se dar a conhecer quais são os indicadores dos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, através da identificação dos diagnósticos de enfermagem que “melhoraram”, “pioraram” ou “mantiveram” o seu juízo diagnóstico, nos termos descritos no capítulo deste relatório sobre a metodologia. Por fim, procura-se caracterizar a correlação entre os domínios dos indicadores e, ainda, verificar se existem associações entre os

ganhos em saúde, nos diferentes domínios dos indicadores definidos, e as seis dimensões da satisfação dos clientes que emergiram do metodológico realizado.

Segundo Pereira (2007), os sistemas de informação proporcionam sínteses informativas válidas que permitem a reflexão sobre as práticas. Assim, na presente investigação, avançamos, nos termos oportunamente explorados, no cálculo dos indicadores de resultado (ganhos em saúde), a partir da informação documentada no sistema de informação de enfermagem em uso nas ECCI estudadas (*SAPE*). Foram encontrados, na documentação de enfermagem, um total de 9.258 enunciados de diagnósticos que traduzem, conforme palavras de Pereira (2007), as “principais necessidades em cuidados de enfermagem” identificadas pelos enfermeiros.

Para a produção dos indicadores relativos aos ganhos em saúde, de acordo com a lógica proposta por Pereira (2007) e adotada pela OE, não foram considerados os diagnósticos de enfermagem que apresentavam uma frequência igual ou inferior a cinco ocorrências, no total da amostra. Se por um lado tinha interesse, neste estudo a identificação dos cuidados mais relevantes prestados pelas ECCI, por outro, este critério permitiu uma análise estatística mais sólida.

Pereira (2007), o autor em que nos baseámos para a produção dos indicadores na área da ECCI, refere que a informação documentada é útil pela demonstração e projeção de tendências das necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes. O autor acrescenta, ainda, que o erro nos dados é um aspeto que pode enfraquecer a sua fiabilidade e que os erros podem decorrer de “erros no diagnóstico” ou de “dados sem sentido” que resultam de falhas na documentação. Nesta análise, não detetámos dados sem sentido, em que se percebe de imediato o erro nas frases de diagnóstico. Já os erros de diagnóstico são um aspeto que não conseguimos contornar, nem faz parte do objeto deste estudo. Contudo, importa considerar que os dados que utilizamos para calcular os ganhos em saúde, caso a caso, são os mesmos que, em juízo, fazem prova documental da assistência que foi prestada.

Pela nossa observação, detetámos que, nos serviços em estudo, existem – em paralelo – dois sistemas de informação de enfermagem para a documentação dos dados produzidos pelos enfermeiros: o *SAPE* e o *GestCare CCI®*. Embora com pressupostos e finalidades diferentes, este facto pode ser prejudicial à correta documentação de enfermagem e, consequentemente, dificultar a produção dos indicadores. Os cinco casos em que, na análise documental, não foram detetados diagnósticos de enfermagem podem ser um exemplo disso. Várias hipóteses se podem levantar: ou a planificação dos cuidados foi apenas efetuada no *GestCare*

*CCI*®; ou eventualmente não existiram diagnósticos de enfermagem, nestes casos, e apenas foram definidas atitudes terapêuticas; ou, pelo facto de existirem duplicações de registos em ambos os sistemas de informação – os enfermeiros esqueceram-se de os registar, neste caso no *SAPE* (sistema ao qual recorremos para extrair a informação para esta investigação). Aliás, a duplicação de registos nestas duas plataformas informáticas e no processo individual dos clientes em ECCI pode, segundo a OE (OE, 2012), levar o enfermeiro a consumir até 60 minutos por cliente, o que não é desejável. Contudo, à escala da ULSM, a cultura de registos de enfermagem assenta, mesmo nas ECCI, na utilização massiva do *SAPE*, pelo que é seguro utilizar esta fonte de informação, o que fica bem evidente no número total de diagnósticos de enfermagem documentados nos 222 casos da amostra.

Para definir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, inicialmente, os indicadores foram organizados por focos de atenção, de acordo com a estrutura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE / ICNP®). No entanto, no sentido de facilitar a perceção sobre a centralidade dos cuidados de enfermagem, prestados por estas equipas, optámos por os agrupar por domínios mais amplos – conforme os critérios expostos no capítulo da metodologia. A forma como se agruparam os indicadores por focos e, posteriormente, por domínios tornou mais perceptível a análise dos dados.

Sobre os indicadores definidos relativos aos resultados com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI, apreciando-os em relação aos focos de enfermagem (Gráfico 4), tomando por referência a CIPE / ICNP®, podemos verificar que a esmagadora maioria dos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI são centrados nos focos do *Autocuidado* (41,94%). De seguida, com 23,18%, surgem os diagnósticos identificados pelos enfermeiros centrados em focos do tipo *Tegumentos*, onde estão as feridas. Todos os restantes tipos de focos encontram-se com percentagens bastante inferiores – entre os 0,90% e 9,35%, notando-se uma particular incidência nos cuidados direccionados para a condição de saúde da Pessoa Dependente, na Gestão do regime terapêutico e nos cuidados de manutenção ou reabilitação motora.

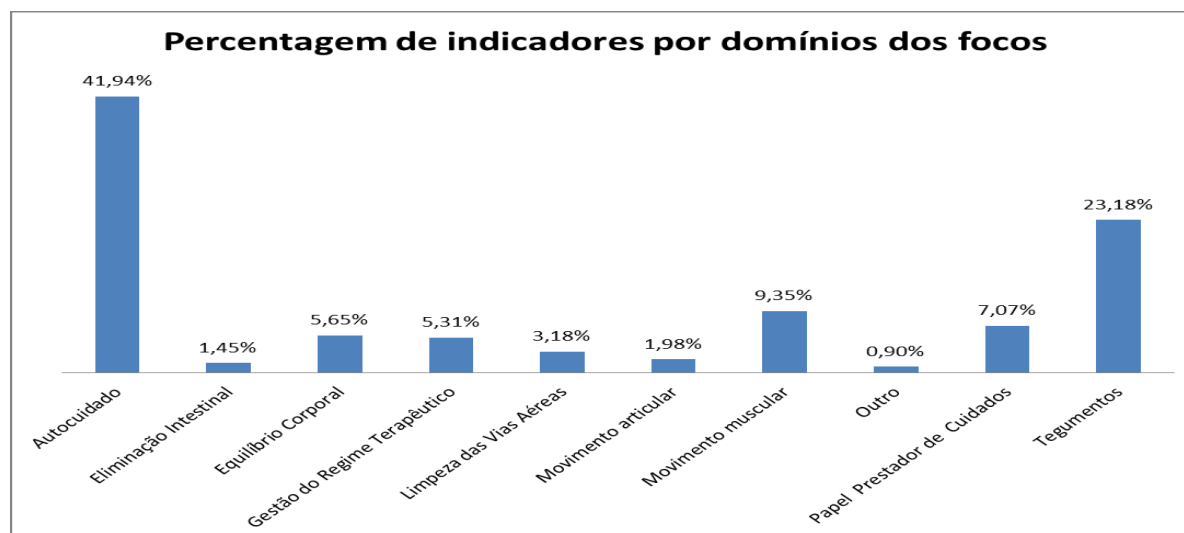


Gráfico 4. Distribuição das percentagens dos Indicadores por domínio dos focos

Posteriormente, sentimos necessidade de efetuar uma aglomeração maior destes domínios por focos, agregando-os em *Indicadores por domínios*. Esta agregação fez sentido, sobretudo para possibilitar a análise estatística e comparação com os resultados obtidos sobre a satisfação dos clientes. A tabela seguinte (Tabela 37) faz a síntese da evolução dos diagnósticos de enfermagem documentados, tomando por referencial os oito grandes domínios, expostos na metodologia, que utilizamos nesta fase do estudo.

Tabela 37. Resultados dos “Indicadores por domínios gerais” dos ganhos em saúde

Indicadores por domínios	Resultados			Total geral
	0	1	-1	
Ganhos em capacidades de desempenho do autocuidado das PD	156 (46,15%)	181 (53,55%)	1 (0,30%)	338
Ganhos em capacidades dos PC para assistir as PD no autocuidado	208 (57,30%)	154 (42,42%)	1 (0,28%)	363
Ganhos em condições de saúde das PD	315 (71,11%)	106 (23,93%)	22 (4,97%)	443
Ganhos em conhecimentos das PD	224 (50,79%)	217 (49,21%)	0 (0,00%)	441
Ganhos em conhecimentos dos PC	374 (61,92%)	218 (36,09%)	12 (1,99%)	604
Ganhos em autonomia / independência no autocuidado das PD	510 (79,44%)	108 (16,82%)	24 (3,74%)	642
Ganhos em condições dos PC facilitadoras do Papel de Prestador de Cuidados	90 (84,11%)	16 (14,95%)	1 (0,93%)	107
Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão	0 (0,00%)	257 (85,10%)	45 (14,90%)	302
<b>Total geral</b>	<b>1877</b>	<b>1257</b>	<b>106</b>	<b>3240</b>

**LEGENDA:** 0= “manteve”; 1= “melhorou”; -1= “piorou”

Nesta perspetiva, dos oito domínios dos indicadores de ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem, foi notória a grande incidência nos cuidados enquadrados no domínio dos *Ganhos em autonomia / independência nos requisitos universais do autocuidado* e no dos *Ganhos em conhecimentos dos MFPC*, 19,81% e 18,64% respetivamente. De seguida surgiram os domínios dos *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem do dependente (“outros”)* (13,67%) e dos *Ganhos em conhecimentos dos dependentes*

(13,61%). Em torno de uma representatividade dos 10% situaram-se os domínios centrados nos domínios: *Ganhos em capacidades de desempenho dos MFPC* (11,20%), *Ganhos em capacidades de desempenho dos dependentes* (10,43%) e os *Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão* (9,32%). Com uma ordem de grandeza na ordem dos 3,30% surgiu o domínio dos indicadores relativo aos *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados*.

O facto de neste estudo se verificar que, no domínio dos *Ganhos em autonomia / independência nos requisitos universais do autocuidado*, por parte dos dependentes, apenas 16,82% dos casos melhoraram, vem corroborar os achados de outros estudos que demonstram que as famílias clássicas integram pessoas bastante dependentes e com limitado potencial de autonomia no seu seio (Costa, 2013; Rocha, 2015; Parente, 2013). Deste modo, é inegável a necessidade de algum tipo de apoio formal e intenso a estas famílias.

No relatório de *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, relativo a 2014 (ACSS, 2015a), foram caracterizados os motivos de referenciação dos clientes para a rede e por tipologia. No caso concreto das ECCI, os 11 principais motivos de integração nesta tipologia da RNCCI foram, por ordem decrescente: Ensino do cliente / cuidador informal (90%), Dependência nas atividades de vida diária (88%), Reabilitação (43%), Tratamento de feridas / úlceras de pressão (35%), Cuidados pós-cirúrgicos (18%), Úlceras de pressão múltiplas (14%), Doença cardiovascular (12%), Gestão do regime terapêutico (11%), Portadores de Gastrostomia percutânea / Sonda naso-gástrica (7%), Manutenção de dispositivos (5%) e, por último, Descanso do cuidador (1%). Estes dados referem-se aos motivos gerais de referenciação para a RNCCI / ECCI e não relativo aos diagnósticos de enfermagem ou cuidados propriamente identificados. No entanto, servem de comparativo com as áreas dos indicadores definidos no nosso estudo. Nesta comparação podem identificar-se algumas tendências semelhantes, nomeadamente nas áreas mais direccionadas aos cuidados de enfermagem que são, em verdade, as que plasmam os motivos de referenciação mais expressivos.

A análise dos resultados relativos aos indicadores produzidos e organizados por domínios, na amostra estudada e à qual se mediram os níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem, possibilitou a caracterização dos ganhos em saúde obtidos em cada um deles. Como anteriormente explicado, no capítulo da metodologia, o *Score* total obtido relativo ao resultado dos ganhos corresponde ao somatório global dentro de cada domínio. Neste contexto,

assumiu-se que os resultados em saúde obtidos não são exclusivos de nenhum grupo profissional que integra a ECCI, o que não invalida a existência de resultados que são mais influenciados pelas intervenções de enfermagem – ou seja, ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Conforme previsto no modelo de análise de Pereira (2007), e baseado no que apontam Maas, Johnson e Moorhead (1996), um resultado sensível aos cuidados de enfermagem implica a existência de, pelo menos, uma intervenção que viabilize esse resultado, enquanto entidade que medeia o diagnóstico de enfermagem e a modificação do estado do diagnóstico. Este postulado, para além de justificar a forma como se obtém um resultado, faz-nos refletir sobre a efetividade das intervenções de enfermagem implementadas pelas ECCI e da importância do seu estudo. Esta análise não foi incluída nesta investigação, mas sublinhamos, desde já, a sua relevância.

Pode-se, igualmente, de uma forma mais global observar a tabela 37, onde se incluem as percentagens relativas à evolução dos ganhos conforme a sua tipologia: “Manteve”, “Melhorou” e “Piorou”. Estes dados retratam o estado e a evolução da condição de saúde da pessoa dependente durante o período em que foi seguido na ECCI, dando visibilidade aos resultados atingidos com os cuidados de enfermagem prestados.

No que se refere aos domínios dos indicadores em que não se verificou evolução, sob o ponto de vista da medição de indicadores, foi o tipo de evolução “manteve” que registou maior número de eventos – registando-se 1.877 indicadores com ganhos em saúde do tipo “manteve”, com as ECCI e no período estudado. Com esta evolução “manteve”, foram três os domínios dos indicadores que apresentaram registos acima dos 70% (Tabela 37). Foram eles: *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados* (84,11%); *Ganhos em autonomia / independência nos requisitos universais do autocuidado* (79,44%) e *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem do dependente (“outros”)* (71,11%).

Sobre os domínios dos indicadores em que se obteve ganhos, do tipo de evolução “melhorou”, registaram-se 1.257 indicadores com ganhos em saúde. A maior proporção de ganhos positivos do tipo “melhorou”, aliás bastante expressiva, verifica-se no domínio dos indicadores *Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão* (85,10%). E ainda, acima dos 50%, segue-se o domínio *Ganhos em capacidades de desempenho dos dependentes* (53,55%).

No que se refere aos domínios dos indicadores em que a evolução foi negativa (Tabela 37), do tipo “piorou”, verificaram-se apenas 106 indicadores com resultados negativos”. Efetivamente, no global, é muito reduzida a percentagem de casos que pioraram. No que se refere ao domínio dos indicadores que apresentou maior percentagem de evolução negativa volta a ser o *Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão* (14,90%) onde se verificou a maior percentagem de agravamentos. De notar que, no presente estudo, é também neste domínio dos indicadores onde se verifica o maior número de ganhos positivos, sendo que em 85,10% dos casos foi possível prevenir aquela complicação. No estudo de Van Loo, Post, Bloemen & Van Asbeck (2010), segundo a perspetiva dos clientes, 34% de todas as complicações relacionadas com o estado de saúde dos clientes foram percebidos como evitáveis – sendo que, relativamente aos clientes com úlcera de pressão, os próprios participantes consideraram que 29,9% das úlceras poderiam ter sido evitadas.

### **3.2.3.1 A correlação entre os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem**

Identificados os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem, prestados pelas ECCI, foi efetuado o estudo das correlações entre os oito domínios dos indicadores. Tendo por base que não se verificavam os pressupostos subjacentes aos testes paramétricos optámos pelo uso dos testes não paramétricos, especificamente o coeficiente de correlação de *Spearman* (Pestana & Gageiro, 2000) e respetivo teste de significância. Assim, propomos um olhar sobre a tabela 38, onde se expõe a configuração das correlações.

Da análise da tabela anterior (38), podemos verificar que a grande maioria dos oito domínios dos indicadores apresentou correlação estatisticamente significativa entre si. Excetua-se o domínio *Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão* que não apresentou associação estatística com nenhum dos outros sete domínios de indicadores.

Tabela 38. Distribuição das correlações entre os ganhos em saúde

Variáveis		Cap D	Cap MFPC	“Outros”	Conh D	Conh MFPC	Autonomia AC	Papel PC
Cap MFPC	$r_{sp}$	,396**						
	p	,000						
“Outros”	$r_{sp}$	,368**	,200*					
	p	,000	,026					
Conh D	$r_{sp}$	,877**	,366**	,287**				
	p	,000	,000	,001				
Conh MFPC	$r_{sp}$	,372**	,715**	,356**	,386**			
	p	,000	,000	,000	,000			
Autonomia AC	$r_{sp}$	,498**	,283**	,367**	,400**	,289**		
	p	,000	,001	,000	,000	,000		
Papel PC	$r_{sp}$	,002	,127	-,033	-,013	,399**	,110	
	p	,992	,394	,804	,940	,002	,402	
Prevenção UP	$r_{sp}$	,054	,056	-,105	,025	,131	,145	,088
	p	,601	,577	,237	,799	,147	,082	,559

Os resultados do estudo das correlações entre os indicadores dos diferentes domínios mostram-nos que, globalmente, há uma tendência para, existindo ganhos num dos domínios o mesmo acontece nos restantes, o que mostra a interdependência das áreas de atenção envolvidas na assistência a estes casos. Salienta-se, todavia, que o domínio dos ganhos relativos à evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados em condições associadas ao Papel de Prestador de Cuidados, nomeadamente naquilo que se refere à evolução do “stress do prestador de cuidados” e ao “envolvimento / adequação” no exercício do papel, tendem a estar associadas apenas com a aquisição de conhecimentos dos próprios MFPC. Estes resultados sugerem que a aquisição de conteúdos cognitivos por parte dos familiares cuidadores, para assistir a pessoa dependente face aos compromissos nos requisitos universais de autocuidado e à prevenção de complicações, pode funcionar como um factor protector face, por exemplo, à sobrecarga e stress resultantes de tomar conta de um familiar dependente.

### 3.2.3.2A correlação entre os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem e as dimensões da satisfação

À medida que fomos evoluindo nesta investigação, tornou-se evidente a necessidade de relacionar os resultados da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI e os ganhos em saúde fortemente associados ao exercício profissional dos enfermeiros. Neste contexto, depois de estudarmos os ganhos em saúde e na posse dos resultados relativos à satisfação dos clientes, estávamos em condições de concretizar aquele objeti-



vo. Para isso procedemos ao estudo da correlação entre os ganhos em saúde em cada um dos oito domínios de agregação e os scores de satisfação apurados em cada uma das seis dimensões / subescalas de satisfação dos clientes.

Assim, no estudo das correlações entre os domínios dos indicadores e as dimensões da satisfação, recorreu-se também ao coeficiente de correlação de *Spearman* (Pestana & Gageiro, 2000) e respetivo teste de significância. Da análise efetuada, com base nos resultados expressos no tabela 39, observam-se unicamente duas associações positivas e moderadas entre as variáveis: *D\_Competências dos enfermeiros* (relativa ao SATENF-ECCI, adaptado à Pessoa Dependente) e o indicador *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados* ( $r_{sp}$  0,590;  $p=0,034$ ); e, a outra, entre *D\_Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento* (relativa ao SATENF-ECCI, adaptado à Pessoa Dependente) e o indicador *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados* ( $r_{sp}$  0,663;  $p=0,013$ ).

É interessante observar-se a relação entre a satisfação com a organização e intensidade dos cuidados com os ganhos obtidos em indicadores do domínio *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados*, o que de alguma forma alinha com a ideia que lançamos no final do parágrafo anterior.

Também no estudo de Hoekstra, Lesman-Leegte, Van der Wal, Luttik e Jaarsma (2010), onde se estudaram as perspetivas dos clientes e enfermeiros no atendimento prestado em dois programas de gestão de doenças – neste caso de insuficiência cardíaca –, os clientes que receberam maior intensidade de acompanhamento demonstraram melhores resultados nos tratamentos e objetivos educacionais alcançados (85%), em comparação com os clientes que receberam um suporte com menor frequência (70%). Ainda, apesar das grandes diferenças de intensidade e de cuidados prestados, os clientes ficaram satisfeitos com o conteúdo de ambos os programas (Idem, 2010).

Da análise emergiram três associações negativas, com significado estatístico ( $p<0,05$ ), que indicam que as variáveis “se movem” em direções opostas. Estas relações negativas verificaram-se entre: *PC\_Envolvimento e participação dos clientes* (relativa ao SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC) e o indicador de *Ganhos em capacidades de desempenho dos MFPC* ( $r_{sp}$  -0,183); *PC\_Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento* (relativa ao SATENF-ECCI, adaptado ao MFPC) e *Ganhos em capacidades de desempenho dos MFPC* ( $r_{sp}$  -0,214); e, por último, entre *D\_Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento* (relativa ao SATENF-ECCI, adaptado à Pessoa Dependente) e o indicador de *Ganhos em capacidades de desempenho dos MFPC* ( $r_{sp}$  -0,214).

*nhos na prevenção das Úlceras de Pressão ( $r_{sp}$  -0,531).* As forças destas correlações situaram-se, respetivamente, em níveis muito baixas, baixas e moderadas.

Tabela 39. Distribuição das correlações entre os ganhos em saúde e as dimensões da satisfação

Variáveis		Cap D	Cap MFPC	“Outros”	Conh D	Conh MFPC	Autonomia AC	Papel PC	Prevenção UP
PC_Acesso aos cuidados de enfermagem	$r_{sp}$	-,011	-,168	,084	,081	-,020	-,012	,029	-,088
	p	,909	,056	,294	,387	,797	,874	,775	,315
PC_Envolvimento e participação dos clientes	$r_{sp}$	-,046	<b>-,183*</b>	,068	-,017	-,031	,050	-,054	-,004
	p	,648	,038	,397	,858	,698	,510	,589	,964
PC_Cuidados prestados	$r_{sp}$	-,025	-,020	,105	,032	,089	,070	,119	-,058
	p	,798	,819	,191	,738	,258	,357	,235	,508
PC_Competências dos enfermeiros	$r_{sp}$	,001	-,069	,115	,038	,068	-,001	,067	-,123
	p	,989	,439	,152	,689	,385	,987	,507	,161
PC_Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento	$r_{sp}$	-,119	<b>-,214*</b>	,042	-,101	-,055	-,021	-,103	-,072
	p	,232	,015	,605	,283	,482	,780	,305	,417
PC_Continuidade dos cuidados	$r_{sp}$	-,045	-,157	,077	-,052	-,022	-,005	-,060	-,034
	p	,651	,076	,338	,578	,778	,949	,554	,705
PC_Média da satisfação	$r_{sp}$	-,056	-,163	,092	-,010	-,008	,015	-,003	-,051
	p	,571	,065	,251	,918	,922	,843	,974	,566
D_Acesso aos cuidados de enfermagem	$r_{sp}$	,090	,331	,228	,107	,051	-,033	,402	-,331
	p	,683	,269	,272	,604	,852	,874	,173	,114
D_Envolvimento e participação dos clientes	$r_{sp}$	,060	,292	,272	,024	,117	,004	,381	-,294
	p	,787	,333	,188	,907	,665	,985	,199	,162
D_Cuidados prestados	$r_{sp}$	,106	,286	,214	,026	,196	,022	,273	-,117
	p	,629	,344	,305	,898	,468	,917	,368	,587
D_Competências dos enfermeiros	$r_{sp}$	-,023	-,007	,120	-,059	-,105	-,261	<b>,590*</b>	-,393
	p	,919	,983	,567	,776	,699	,198	,034	,057
D_Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento	$r_{sp}$	,052	,186	,267	,001	-,084	-,168	<b>,663*</b>	<b>-,531**</b>
	p	,813	,543	,197	,995	,757	,411	,013	,008
D_Continuidade dos cuidados	$r_{sp}$	,108	,259	,129	,083	,062	,016	,382	-,323
	p	,625	,392	,539	,688	,819	,940	,198	,124
D_Média da satisfação	$r_{sp}$	,087	,240	,188	,065	,049	,012	,430	-,322
	p	,693	,429	,367	,753	,856	,954	,142	,125

Conforme Sforzin, Nava e Pinamonti (2009), os resultados obtidos no presente estudo, devem ser utilizados para o plano de melhoria contínua da qualidade, através da reflexão em torno das respostas que foram expressas pelas amostras, nomeadamente no que se refere à capacidade dos recursos humanos e da organização das ECCI em dar resposta às reais necessidades dos cidadãos em causa.

Num outro estudo, realizado nos Estados Unidos, sobre as perceções de membros da família relativamente às necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas em casa antes da morte do familiar doente, foi verificado que 622 participantes relataram que os seus familiares doentes precisavam de cuidados de saúde em casa no último ano de vida e 144 relataram que não foram atendidas as necessidades que percecionavam ser necessárias (Nanda, Bourbonniere, Wetle & Teno, 2009). Estes autores concluíram que, a partir desta perceção, este fenómeno pode contribuir para uma maior utilização dos lares de idosos ou institucionalizações (Idem, 2009).

Ao contrário do que estávamos, de certa forma, à espera, não é vincada a associação entre ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem e satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Importa no futuro, através de outros estudos, explorar este facto. Somos levados a admitir que a “exigência” dos clientes poderá estar pouco orientada aos resultados e mais aos processos (Donabedian, 2003).

### 3.3 Referências

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2015a). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) 2014 - Relatório. ACSS. Lisboa

Baron-Epel, O., Dushenet, M., & Friedman, N. (2001). Evaluation of the consumer model: relationship between patients expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(4), 317-323.

Barron, C. P., Moffett, J. A., & Potter, M. (2007). Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(1), 37-46.

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.

Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. E. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing Practice*, 42(3), 269–277.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/13420>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.

Gonzalez-Valentin, A., Padin-Lopez, S., & Ramon-Garrido, E. (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 63-72.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Van Der Wal, M., Luttik, M. L., & Jaarsma, T. (2010). Nurse-led interventions in heart failure care: patient and nurse perspectives. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 9(4), 226-32.

International Council of Nurses – ICN. (2013). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2013*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jansen, A. P. D. [et al.] (2011). Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 933-943.

Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.

Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230.

Llewellyn, A. & Leonard, M. (2009). *Nursing case management: nursing review and resource*. 3ª ed. - Washington: American Nurses Credentialing Center.

Lopes, J., Cardoso, M. L., Alves, V. L., & DiInnocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 136-141.

Maas, M. L., Johnson, M., & Moorhead, S. (1996). Classifying nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(4), 295–30.

Machado, P. A. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado* (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept “patient satisfaction” as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1241-1248.

Maqsood, A., Oweis, A., & Hasna, F. (2012). Differences between patients’ expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 140-146.

McKinley, R. K., Stevenson, K., Adams, S., & Manku-Scott, T. K. (2002). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*, 19(4), 333-338.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., & Lopes, M. J (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 17-25.

Merkouris, A., Andreadou, N., Athini, E., Hatzimbalasi, M., Rovithis, M., & Papastavrou, E. (2013). Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. *Health Science Journal*, 7(1), 28-40.

Meyer, H. (2010). Group health's move to the medical home: for doctors, it's often a hard journey (cover story). *Health Affairs*, 29(5), 844-851.

Milutinović, D., Simin, D., Brkić, N., & Brkić, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 598-606.

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Moret, L. [et al.] (2012). Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHO-PATH performance indicators in France. *BMC research notes*, 5(83), 1-7.

Nadarević-Stefanec, V., Malatestinić, D., Mataija-Redzović, A., & Nadarević, T. (2011). Patient satisfaction and quality in home health care of elderly islanders. *Collegium Antropologicum*, 35(Suppl 2), 213-6.

Nanda, A., Bourbonniere, M., Wetle, T., & Teno, J. (2010). Home care in the last year of life: family member perceptions of unmet need associated with last place of care. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 11(1), 21-5.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).

Onder, G. [et al.] (2007). Case Management and Risk of Nursing Home Admission for Older Adults in Home Care: Results of the Aged in Home Care Study. *JAGS - Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 439–444.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2012). *Posição pública da Ordem dos Enfermeiros enviada ao Sr. Ministro da Saúde relativamente às Unidades de Cuidados na Comunidade na reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3opublicadaOrdemdosEnfermeiros.aspx>

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com futuro!.* Recuperado em 5 de Agosto de 2015, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/ApresentacaodoestudoreferenciaosindicadoresdesempenhodaUCCPresentecomFuturo.aspx>

Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., & Dunagan, C. W. (2009). Patient Satisfaction: Focusing on “Excellent”. *Journal of Healthcare Management*. 54, 93-103.

Palese, A. [et al.] (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviours: A descriptive study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(4), 341-350.

Parente, P. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho do Porto* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.

Peck, M. B. [et al.] (2001). Measuring Patient Expectations: Does the Instrument Affect Satisfaction or Expectations?. *Medical Care*, 39(1), 100–108.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/10572>

Pinto, S., & Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 95-103.

Rede Nacional de Cuidados Continuados – RNCCI. (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2014*.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Diretiva Técnica nº 1, de 7 de janeiro de 2008 – Critérios Gerais de Referência de Doentes para as Unidades de Internamento, de Ambulatório e Equipas da RNCCI*. Recuperado através de <http://www.acss.min-sau-de.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosemSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/Documenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/1154/language/pt-PT/Default.aspx>

Regulamento n.º 533/2014. *Diário da República*, 2.ª Série, 233(02-12-2014), 30247-30254.

Ribeiro, R. (2014). *Cuidados de Enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Satisfação dos Utentes e Cuidadores* (Tese de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Rocha, M. (2015). *Dependência no Autocuidado em Contexto Familiar – Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho da Maia* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Rosati, R. J., Marren, J. M., Davin, D. M., & Morgan, C. J. (2009). The linkage between employee and patient satisfaction in home healthcare. *Journal For Healthcare Quality*, 31(2), 44-53.

Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 105-118.

Secretaria de Estado do Ministério da Saúde – SEMS. (2014). *Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental - Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referência*. Lisboa: Secretaria de estado do Ministério da Saúde.

Sforzin, S., Nava, E., & Pinamonti, A. (2009). Evaluation of patients' satisfaction of home care services. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunità*, 21(2), 135-45.

- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-19.
- Sossai, L. C. F., & Pinto, I. C. (2010). A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 569-576.
- Suhonen, R. [et al.] (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26, 372-380.
- Tavares, M. (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade Do Porto, Porto.
- Vala, J. (1989). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Van Loo, M. A., Post, M. W., Bloemen, J. H., & Van Asbeck, F. W. (2010). Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. *Spinal Cord*, 48(5), 423-8.





## 4. Conclusões

Neste último capítulo da tese, pretendemos reunir os aspetos mais significativos resultantes da investigação efetuada, tendo em consideração os seus objetivos. Tal obriga a que sejam tecidas considerações, oriundas do percurso efetuado, que se circunscrevem à análise de uma realidade particular dos cuidados de saúde em Portugal – a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) – e, neste caso concreto, a análise em torno da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Para cumprir tal desiderato, esta parte do relatório está estruturado em seis pontos de referência. Em primeiro lugar, faz-se uma breve abordagem da problemática da satisfação dos clientes com os cuidados, dada a sua centralidade para o percurso efetuado. Nesta abordagem tomamos em consideração alguns elementos relativos à realidade atual, em termos do contexto: social, económico e das políticas de saúde. De seguida, enquadra-se a satisfação dos clientes enquanto um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, conceito central da investigação. Em terceiro lugar, em relação à adequação dos propósitos desta investigação, dar-se-á atenção à adequação da metodologia adotada e ao paradigma que norteou a nossa visão da realidade estudada. Em quarto lugar, far-se-á uma discussão em torno das principais conclusões extraídas do processo desenvolvido. Seguir-se-á um quinto ponto de análise relativo à explanação da utilidade da presente investigação, dando ênfase aos contributos que dá para a disciplina e, em particular, aqueles que se referem à gestão das unidades de saúde e dos serviços de enfermagem. Por último, abordam-se as limitações desta pesquisa.

### **Do contexto atual à problemática em estudo: considerações sociais, económicas e políticas**

Os dados demográficos relacionados com o envelhecimento da população sustentam e justificam, cada vez mais, a tendência de cuidados de saúde prestados em casa. Pelo que, investigações sobre práticas eficazes e baseadas em evidências, realizadas em ambiente domiciliário, revelam-se extremamente pertinentes. É também neste campo que a enfermagem pode encontrar novos desafios de desenvolvimento e de intervenção específica, sendo premente a direccionalidade das suas atenções para esta área tão significativa e útil para as populações.

Perante a crise económica e a necessidade de racionalizar os processos de gestão, as políticas de saúde nos últimos anos têm sido pautadas por constrangimentos e ajustes orçamentais. Concretamente na área em estudo a que nos referimos, este facto, não tem permitido o crescimento e o desenvolvimento da RNCCI – conforme era expectável no início da sua constituição. A Saúde, no nosso contexto, enquanto área regulada pelo Estado, tem sido alvo de sucessivos ajustamentos. É claro que, em tempos de crise, se revela determinante manter as estruturas fundamentais de apoio em saúde, como são os hospitais e as urgências. Mas, não se pode deixar de seguir um modelo que se sabe, e tem dado provas factuais, que é o mais eficiente e promotor da saúde – como é um Sistema de Saúde baseado numa equitativa distribuição de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados. É, este último, o protótipo de uma assistência em saúde adequada à evolução das características demográficas da população portuguesa e das mudanças, que todos conhecem, em termos de (novas) necessidades de cuidados de saúde. Assumimos, então, o nosso apoio ao desenvolvimento de unidades centradas na comunidade, concretamente na área dos cuidados continuados, que podem servir melhor uma população mais envelhecida e com quadros de comorbilidades. Neste alinhamento, os desafios que se colocam aos serviços e profissionais de saúde não estão no processo de diagnóstico da (s) doença (s) ou na melhor decisão sobre o seu “tratamento”. Antes, aquilo que se exige é ajudar as pessoas e suas famílias a lidarem com limitações e compromissos nas capacidades de desempenho nas atividades de vida diárias (mesmo nas mais básicas), assim como a gerirem regimes terapêuticos complexos. Para além disso, dadas as condições de saúde daqueles clientes, urge, também, pensar em cuidados orientados para a prevenção de complicações, como as úlceras de pressão, a rigidez articular ou a desidratação. A efetividade na prevenção destes fenómenos, em última instância, tem grandes impactos nos custos associados aos cuidados de saúde. De facto, facilmente se percebe que cuidados com as intenções aqui expressas poderão diminuir, de forma significativa, episódios de recurso ao serviço de urgência e internamentos recorrentes. Os cuidados aqui descritos são, indubitavelmente, cuidados que se inscrevem no *core* da disciplina e profissão de enfermagem.

De facto, é amplamente reconhecido que, na atualidade, a maior necessidade em cuidados de saúde reside numa procura de cuidados por pessoas mais idosas e com elevados níveis de dependência física e mental. Estas são, também, as mesmas pessoas que, muitas vezes, se encontram no seu domicílio e ao encargo dos seus familiares cuidadores – eles mesmos com grandes dificuldades em prestar esse suporte, de uma forma competente e condigna. Hoje, os idosos chegam aos serviços de urgência não só em maior número, mas, também, em muito

pior condição de saúde. Muitas vezes com agravamentos do seu estado de saúde, devido à falta de assistência adequada nas suas casas. Este fenómeno, reconhecido por várias entidades públicas, poder-se-á associar a um número insuficiente de “camas / vagas” necessárias, na área dos cuidados continuados integrados, tanto em internamento como ao nível comunitário.

Do que foi referido nos parágrafos anteriores, emerge a necessidade dos enfermeiros se dedicarem à investigação na área da gestão dos cuidados de enfermagem, em concreto no contexto das ECCI. A adoção de metodologias de avaliação da qualidade dos cuidados, baseada na perspetiva e satisfação dos seus clientes, necessita de maior evidência empírica, que promova melhorias da gestão, da organização, do tratamento da informação – para se poder atingir os melhores resultados com os cuidados.

Estes pressupostos deram força à razão de estudarmos uma área dos cuidados de enfermagem tão prioritária e, por isso, tão relevante, como é o contexto domiciliário dos cuidados continuados em Portugal. A RNCCI é uma realidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), principiada em 2006. Tendo, portanto, uma década, carece ela própria de “atenção continuada” com ajustes e melhorias da qualidade da sua organização e dos serviços que presta. Um dos aspetos que se justifica dar atenção aos serviços das ECCI passa por olhar, pelo menos de uma forma mais sistemática, para a perspetiva dos seus clientes, relativamente à forma como se está a prestar o serviço. Particularmente no caso dos cuidados domiciliários, prestados pelas ECCI, os cuidados são prestados em múltiplas condições de trabalho (as casas das pessoas) que complexifica a forma como se monitoriza a satisfação dos clientes com os cuidados que são fornecidos.

Aquilo que aqui queremos destacar são os motivos que fundaram a vontade de avançar para uma investigação deste tipo. Antes de mais, estamos perante uma nova realidade de organização dos cuidados, cuja centralidade das necessidades em cuidados de saúde remete, fundamentalmente, para os cuidados de enfermagem, como vimos. Também, decorrida uma fase de maturação sobre a implementação da RNCCI e, em particular, das ECCI, justifica-se avaliar o seu impacto na satisfação dos clientes. É claro que, para se gerir e melhorar a qualidade destas unidades, são necessárias metodologias e métricas de apoio à avaliação e monitorização da satisfação dos clientes das ECCI, aliás, conforme preconizado pela RNCCI / ACSS. No entanto, à data, no que se pode referir a instrumentos uniformes e fiáveis, estes são inexistentes.

Face a esta circunstância, cremos que não se pode negligenciar a satisfação dos clientes enquanto “variável” central da estratégia de gestão da qualidade. Assim, entendemos que se justificou o estudo que assentou num melhor conhecimento do impacte das ECCI na comunidade em que se inseriu, através do desenvolvimento de um instrumento fiável que possibilite a avaliação transversal e sistemática da satisfação dos clientes com os cuidados prestados pelas ECCI. Atendendo à natureza dos cuidados prestados pelas ECCI, focamos esta investigação no estudo da satisfação com os cuidados de enfermagem. Isto não invalida que situemos a qualidade dos cuidados no contexto multiprofissional, onde todos os contributos são relevantes. Contudo, se não formos capazes de “isolar” a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, propriamente ditos, será bastante difícil identificar os aspetos particulares e fortemente associados ao exercício profissional dos enfermeiros que carecem de melhoria.

#### **A satisfação do cliente enquanto indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem**

Conforme explanado atrás, as transformações nas políticas de saúde são uma realidade positiva, nomeadamente no que se refere aos cuidados de saúde primários e aos cuidados continuados, mas com tendência para estagnar nos últimos anos. Apesar de ainda insuficiente, é um facto que esta reestruturação provocou o surgimento de novas ofertas de cuidados à comunidade – tendo implicado mudanças na procura e nas expectativas dos seus utilizadores. As expectativas e a satisfação dos clientes, com esses “novos cuidados”, não são a única condição de avaliação, mas são mais um importante indicador de medição da qualidade dos serviços. A investigação tem mostrado uma relação inequívoca entre a satisfação dos utentes e outras variáveis da qualidade dos cuidados de saúde. Também, numa perspetiva de gestão em saúde, o conhecimento sobre a satisfação dos clientes, acerca dos serviços prestados, revela-se essencial para a implementação de mudanças nas organizações. Podendo, esta, ser a melhor forma de construir respostas efetivas às expectativas e às reais necessidades em saúde dos cidadãos.

Estas mudanças, concretamente a criação das recentes Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), requerem que os enfermeiros se adaptem a novas realidades, novos recursos, novos conhecimentos e modifiquem as suas práticas. Isto para poderem suprir as necessidades em cuidados que estas unidades fornecem. Revela-se, portanto, inevitável que os profissionais que trabalham nestas unidades adquiram novas competências profissionais e que se munam de ferramentas de trabalho adequadas ao tipo de cuidados que prestam e à sua ges-

tão. Foi neste quadro que situamos os contributos desta investigação para a realidade estudada.

Uma instituição de saúde é uma organização social extremamente complexa. Como tal, torna-se necessário analisar uma diversidade de fatores e as suas inúmeras interações com o contexto em que se insere, de forma a chegar a uma compreensão das suas funções. Não se podem minimizar os efeitos complexificados que o fator humano introduz nas organizações, verificados, desde logo, pelo número de intervenientes internos e externos que a constituem. Em particular nas ECCI, os enfermeiros são o grupo profissional que contribui de forma decisiva para a formação de uma cultura permanente de melhoria da prestação de serviços.

Na atualidade, a lei atribui um papel fundamental aos enfermeiros para a prossecução da missão social destas ECCI, sendo o seu papel o núcleo fundamental da prestação de cuidados aos utentes que as utilizam. Deste modo, acreditamos que a forma como se conhece e promove o bom desempenho profissional dos enfermeiros – tanto ao nível da prestação de cuidados e da gestão de casos, como da gestão destas unidades –, não pode estar alheada dos valores sociais dos clientes e da perceção que têm dos cuidados profissionais que lhes são prestados. Estes pressupostos evidenciam, mais uma vez, a importância do conhecimento da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, como um significativo indicador da qualidade dos serviços das ECCI. É inequívoca a noção de que a satisfação dos clientes é uma variável de interesse para o planeamento e avaliação dos cuidados de saúde, pelo que os fatores que a influenciam poderão ter um papel importante na gestão da qualidade dos cuidados e dos serviços de saúde. Desta forma, a avaliação e monitorização da satisfação, de forma regular e sistemática, emergem como um meio para a gestão da qualidade em saúde. Por sua vez, com o desenvolvimento da qualidade e a otimização dos cuidados prestados pelos enfermeiros nestas unidades, advêm ganhos em saúde para as populações.

Neste contexto, a questão que se coloca, face à necessidade de desenvolver instrumentos capazes de monitorizar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem nas ECCI, é como construir tais instrumentos.

#### **A adequação da metodologia aos propósitos da investigação**

Partimos para a realização desta investigação com a finalidade de *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas ECCI, através da construção de um instrumento que permita a caracterização da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem*. Para alcançar este repto foram arquitetados, de forma articulada e sequencial, dois

estudos. O primeiro, de perfil metodológico, com um papel central no percurso realizado, orientado para a construção de um instrumento de medida da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI. O segundo, de perfil descritivo e exploratório, centrado no estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem. No enquadramento deste segundo estudo, procedemos, ainda, à exploração e correlação da satisfação dos clientes com os ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem.

O quadro conceptual e a sua interação permanente com as estratégias metodológicas, permitiram o atingimento dos objetivos centrais da investigação aqui reportada. Desenvolvemos este percurso iluminados por um paradigma de perfil construtivista, assumindo que a realidade, naquilo que se reporta à satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das ECCI da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, é o resultado das particularidades e construções contextuais locais. Este facto desde já, clarifica que a nossa intenção não foi produzir generalizações. Os resultados da nossa investigação têm, todavia, potencial de transferibilidade para outros ambientes. O potencial de transferência dos adquiridos desta investigação para outras realidades será atestado por aquilo que outros contextos poderão fazer com o que daqui emerge. Ao construirmos um instrumento de medida e evoluirmos para o estudo da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados nas ECCI, não nos distanciámos do paradigma que guiou a investigação. Continuamente, a nossa intenção não se circunscreveu apenas à descrição da satisfação dos clientes, mas visou, a partir dos resultados apurados, definir e (re) pensar estratégias adequadas e exequíveis à escala local, para efeitos de avançar para a melhoria da qualidade assistencial. Esta intenção radica na natureza do percurso académico que sustentou a investigação aqui reportada.

Nos dispositivos metodológicos utilizados, apostámos numa forte valorização da perspectiva dos “envolvidos” – clientes e enfermeiros das ECCI. Tentámos afastar-nos da tendência habitual de apenas valorizar e incluir nos instrumentos de medida a visão dos profissionais. Enquanto investigador, apresentamo-nos de forma consciente, subjetiva e interactivamente envolvidos com aquilo que se pretendeu conhecer. Esta visão colocou em evidência o nosso papel ativo e “influenciador” do que resulta do estudo. Temos consciência que não fomos, nem poderíamos ter sido, face à nossa visão paradigmática, um sujeito alheio e exterior ao fenómeno a ser estudado, mas alguém que co-construiu uma interpretação da realidade. A interpretação resultou da partilha com os participantes na investigação. Esta envolvimento proporcionou a dinâmica necessária à construção interpretativa do objeto de estudo, derivando dos consensos entre o investigador e os enfermeiros, a partir da perspectiva dos clientes das ECCI.

### As principais conclusões

Para iniciar a consecução do desafio que consistiu na execução do projeto desenhado, avançámos para um conhecimento mais profundo, na literatura, sobre a forma como a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados no contexto domiciliário tem sido estudada. Desse processo resultou evidente a ausência de um modelo e uma medida que fosse capaz de captar todo o fenómeno em estudo, nos moldes que nos interessavam. A satisfação dos clientes parece estar bem estudada em contextos hospitalares, cuidados de saúde primários e clínicas – mas não, tão bem, no contexto domiciliário dos cuidados de saúde, nomeadamente na área dos cuidados continuados. Este facto justificou a pertinência do desenvolvimento deste estudo, para compreender e sistematizar a forma de avaliar a satisfação do cliente – nomeadamente através da construção e validação de um instrumento de medida. Apesar disso, a revisão da literatura empreendida foi de extrema importância para o trabalho interpretativo realizado ao longo desta investigação.

Após a revisão da literatura, prosseguiu-se para o estudo metodológico que comportou duas etapas. Na primeira etapa, etapa preliminar, recorremos a entrevistas semiestruturadas com clientes das ECCI e, mais tarde, já na posse de uma versão *Draft*, do instrumento, reuniu-se um painel de peritos de enfermagem, com a intenção de encontrar um modelo estável de instrumento para efeitos de avaliação do fenómeno em estudo.

A análise de conteúdo efetuada às entrevistas, coadjuvada por notas de campo e análise documental de processos clínicos, foi tão desenvolvida quanto o necessário, de forma a alcançar os objetivos a que se destinava – identificar os aspetos centrais a serem incluídos no instrumento de medida da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados nas ECCI. Assim, permitiu identificar as dimensões centrais em que se alicerçam as expectativas e experiências dos clientes com os cuidados prestados pelas ECCI. Segundo a perspetiva dos clientes, definiram-se **sete** dimensões que constituíram a agregação seletiva relativa às *Expectativas e experiências dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados nas ECCI*: 1) *Acesso aos Cuidados*; 2) *Envolvimento e Participação dos Clientes*; 3) *Cuidados de Enfermagem Esperados na ECCI*; 4) *Competências do Enfermeiro*; 5) *Intensidade do Acompanhamento*; 6) *Organização dos Cuidados*; e, 7) *Continuidade dos Cuidados*.

Relativamente à caracterização dos participantes nesta etapa qualitativa do estudo, importa destacar alguns aspetos. Apenas dois eram pessoas dependentes e tiveram condições para responder – deslumbrando-se, desde logo, uma dificuldade sentida mais à frente na aplicação do instrumento – que residiu no difícil acesso, ou de condições, para a colheita de dados

diretamente às pessoas com dependência. Deste facto resulta como evidente que, uma parte significativa dos clientes dependentes referenciados para as ECCI são pessoas com limitado potencial para nos fornecerem a sua visão sobre os cuidados. Todavia, no contexto das ECCI, existem “sempre” dois clientes – o dependente e o seu familiar cuidador. Este “outro cliente” (familiar cuidador) poderá ser, absolutamente decisivo para se conhecer a satisfação com os cuidados prestados pelas ECCI. A opção de entrevistar quatro utentes já integrados numa ECCI demonstrou-se muito produtiva, sob o ponto de vista do contributo para a definição das dimensões da satisfação – pela experiência vivida e pelos exemplos mais concretos e clarificadores que forneceram.

As características sociodemográficas dos clientes – pessoas idosas e com níveis de escolaridade “baixos” – desde logo, fizeram-nos criar a convicção da necessidade de construirmos um instrumento do tipo “formulário”, enquanto forma de garantir maior adesão dos clientes.

Na segunda etapa do estudo metodológico, centrada no estudo da validade e fiabilidade do instrumento de medida, procedeu-se à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, inicialmente composto por 58 itens, organizados em torno das sete dimensões emergentes das entrevistas com os clientes. Foram realizados diversos procedimentos estatísticos dos quais resultou evidente a validade, a consistência interna e a multidimensionalidade do instrumento. O formulário SATENF-ECCI, na sua versão “final” agrega informação sobre: as características sociodemográficas da pessoa dependente e do familiar cuidador, a relação entre a pessoa dependente e o MFPC, a experiência e a intensidade dos cuidados prestados pelo MFPC e, por último, as questões relativas às dimensões da satisfação. No final do formulário existe, ainda, uma questão sobre a satisfação global com o serviço e quatro questões relativas à perceção sobre a organização dos cuidados de enfermagem. Os itens relativos às dimensões da satisfação são organizados em seis subescalas: *I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem*, *II - Envolvimento e Participação dos Clientes*, *III - Cuidados de Enfermagem Prestados*, *IV - Competências dos Enfermeiros*, *V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento* (áreas agregadas na segunda etapa do estudo metodológico), e *VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. Os procedimentos de validação do instrumento permitiram a reorganização das subescalas, de sete para seis, e a redução do número de itens, de 58 para 34 itens – acrescidos da questão relativa à satisfação global com o serviço.

A redução, franca, do número de itens que compõem o instrumento foi talvez o maior benefício que os procedimentos de validação trouxeram. Recordamos que o facto de o instrumento incluir muitos itens, foi um dos pontos “negativos” apontados pelo painel de peritos e,



inevitavelmente, causador de tempos “elevados” na aplicação do formulário aos inquiridos. Estamos em crer que, com esta melhoria no formulário, a utilização do instrumento será significativamente mais fácil e ágil. Contudo, na sua versão de 58 itens, em média, através do telefone, o formulário levou cerca de 27 minutos a administrar, o que é francamente animador.

Conclui-se, a este respeito, que o SATENF-ECCI é um instrumento normalizado e que permite, através da sua adoção, uma monitorização sistemática da satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Do ponto de vista prático, foram construídas seis subescalas e não uma só escala. À semelhança de outros estudos a satisfação dos clientes não tem sido estudada através de uma construção unitária, mas sim por domínios da satisfação – que concorrem para uma satisfação global. Assim, cada uma das dimensões, ou subescalas, mede fenómenos diferentes, mas profundamente associados, os quais, no seu conjunto, configuram a satisfação dos clientes.

O instrumento construído pode, com os mesmos itens, ser aplicado aos MFPC e/ou às pessoas dependentes. No global, o SATENF-ECCI adaptado aos MFPC, apresentou um coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,954**, correspondendo a um valor *muito bom* e que confirma a sua fidelidade. Cada uma das subescalas do SATENF-ECCI aferidas para a pessoa dependente, apresentaram coeficientes *alpha* de *Cronbach* muito bons, entre **0,869** e **0,942**. Também a escala global, quando aplicada às pessoas dependentes, apresentou coeficiente *alpha* de *Cronbach* de **0,976**, e nas subescalas apresentaram-se valores que variaram entre **0,943** e **0,980**.

A decisão de aplicação do formulário após a alta do serviço, entre o dia seguinte à alta e, no máximo, até três meses, será uma boa solução para aferir a satisfação dos clientes. No caso da investigação prologamos a possibilidade de colheita de dados até três meses após a alta da ECCI. Contudo, reconhecemos que 90 dias poderá ser uma distância muito grande da experiência vivida. Não temos dados que nos mostrem influências (positivas ou negativas) do momento de colheita de dados sobre a satisfação. Nesta fase, entendemos que o momento adequado para a administração do SATENF – ECCI deverá ser por volta dos 30 dias. Quer com isto dizer-se que, se por um lado é necessário algum distanciamento com o serviço, numa lógica de o cliente percecionar a fase “pós alta”, também não deve ser muito alongado, perdendo-se alguma noção da realidade vivida com os cuidados que lhe foram prestados.

Apesar das dificuldades experimentadas na colheita de dados com pessoas dependentes, pelos motivos a que já aludimos, para já, propomos a aplicação do SATENF – ECCI quer a

familiares cuidadores quer as pessoas dependentes. Esta opção justifica-se, apesar de estarmos convictos que a baixa taxa de respostas por parte das pessoas dependentes vai continuar a manter-se em futuras aplicações do instrumento. Contudo, os nossos resultados mostram que não existem diferenças significativas nos níveis de satisfação, em ambos os clientes do mesmo caso, pelo que se admite que, em cada caso, “basta” recolher a opinião de um dos clientes. Esta nossa assunção carece de ser explorada e confirmada em futuras investigações.

Optou-se pelo formato de formulário, assumindo que seria a melhor abordagem para a recolha de dados, tomando por referência as características da população em estudo, a que já fizemos referência. A aplicação por via telefónica foi a forma que ganhou maior consenso, nas decisões com o painel peritos. Um dos principais motivos para esta opção prendeu-se com o facto de ser mais económica, rápida e, para o futuro, revelar-se mais útil e ágil, para ser aplicado em outros estudos e à utilização pelas entidades prestadoras de cuidados. A administração do formulário via telefone mostrou-se perfeitamente funcional e com menor impacto no quotidiano e “espaço próprio” dos clientes. Para além disso, via telefone, como nos diziam os participantes no painel de peritos, *“é mais fácil dar uma opinião”*.

Também, a decisão de efetuar as entrevistas telefónicas a partir de um telefone fixo dos serviços, revelou-se de grande importância pois: aumentou a segurança e proteção de dados, evitando a manipulação de dados fora dos contextos clínicos; garantiu mais confidencialidade e foi mais confiável para os inquiridos, que reportaram este facto como relevante.

Em suma, com base nos resultados agora apresentados, podemos afirmar que o SATENF-ECCI é uma escala que apresenta uma estrutura multidimensional, composta por seis subescalas perfeitamente definidas. Tendo em consideração isoladamente cada uma das subescalas, verificamos que apresentam estruturas consistentes e que cumprem os critérios de fidelidade exigidos. Ao efetuarmos a análise fatorial à estrutura multidimensional composta pelas seis subescalas, voltamos a verificar um comportamento de coesão entre as variáveis, que agrega as subescalas numa única componente – com consistência e fidelidade estatística. Quando efetuada a análise fatorial, quer em cada subescala quer no conjunto das subescalas, encontram-se pesos fatoriais já muito definidos. A análise fatorial foi sobretudo útil na confirmação de agrupamentos de itens, corroborando em grande medida a agregação teórica dos itens pré-existente. Assim, efetuados os procedimentos de validação, podemos considerar que se encontrou um instrumento fiável para medir a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Fruto das etapas de investigação e do refinamento

teórico e estatístico efetuado, emerge um formulário numa última versão – SATENF-ECCI (Versão 2).

Após a definição do instrumento de “medida”, foi possível descrever a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, tendo em consideração as dimensões da satisfação que emergiram do estudo metodológico.

A população elegível para esta fase da investigação correspondeu aos casos assistidos nas quatro ECCI da ULSM. Foi efetuada a colheita dos dados numa amostra por critério temporal, de meio ano (6 meses), para estudar todos os casos que, durante o período de outubro de 2012 a maio de 2013, tivessem alta de uma das ECCI. A amostra foi constituída por 222 casos, onde se incluíram 201 MFPC e 27 pessoas dependentes, referente aos casos. Esta amostra foi, como vimos, a mesma que permitiu o estudo da fiabilidade e validade do SATENF-ECCI.

Existiu grande receptividade ao estudo, verificando-se uma taxa de adesão ao estudo na ordem dos 75%, relativa aos casos, sendo que 60% das respostas foram obtidas logo no primeiro contacto telefónico efetuado. Efetivamente a amostra inquirida demonstrou vontade e satisfação em responder ao inquérito, percebendo a sua utilidade e manifestando a sua disponibilidade para qualquer outra questão, futura, que quiséssemos colocar.

Em nossa análise, pareceu que as pessoas o entenderam (também pela forma como iniciava o formulário) como uma extensão do serviço que foi prestado e, na generalidade, até agradeciam no final o telefonema. Newsome e Wright (1999) relembram o Modelo Cognitivo-Afetivo da Satisfação, criado por Oliver em 1993. Segundo este modelo a satisfação pode ser perspectivada como uma resposta afetiva – quer positiva, quer negativa –, pelo que as respostas emocionais do respondente têm um significado complementar na forma como se percebe a satisfação.

Globalmente, no SATENF-ECCI adaptado ao MFPC, identificaram-se médias de resposta altas, sendo que a média de satisfação mais baixa (8,23) verificou-se na subescala *PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. O valor mais elevado (9,28) de média verificou-se na subescala *PC IV - Competências dos Enfermeiros*. No que se refere ao SATENF-ECCI adaptado à pessoa dependente identificaram-se, igualmente, médias de resposta altas aos itens, sendo que a média de satisfação mais baixa (8,38) verificou-se na subescala *D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem*. O valor mais elevado (9,46) de média verifi-

cou-se na subescala *D IV - Competências dos Enfermeiros*, o que atesta a concordância das respostas entre familiares cuidadores e dependentes.

Tomando com ponto de referência a *Média da Satisfação global* obtida no SATENF-ECCI, as dimensões, avaliadas pelas respetivas subescalas, que apresentaram valores acima desta média foram: *PC V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento*, *PC I - Acesso aos cuidados de enfermagem* e, com maior destaque, *PC IV - Competências dos enfermeiros*. Idêntico comportamento foi verificado quando o formulário foi aplicado às pessoas dependentes.

No que se refere às dimensões da satisfação que emergiram abaixo da *Média da Satisfação global* foram: *PC III - Cuidados de enfermagem prestados*, *PC II - Envolvimento e participação dos clientes*, e, a que mais se distancia daquele valor médio global foi, *PC VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem* (8,23). Mais uma vez, igual comportamento foi verificado na amostra de dependentes. Apesar de os valores relativos às dimensões da satisfação serem elevados, a análise aos itens / indicadores específicos de cada dimensão avaliada, podem ajudar a perceber onde se obtiveram valores mais baixos ou menos “positivos” de satisfação. Apesar disso, estas parecem ser as áreas onde se pode investir na melhoria, sendo um bom ponto de partida para a reflexão sobre a forma como a prestação dos cuidados de enfermagem está a ser efetuada.

Os elevados níveis de satisfação verificados no presente estudo, em termos globais, podem indicar um efeito de gratidão, por parte dos clientes e/ou, então, baixas expectativas. A satisfação resulta da interação entre as expectativas e a perceção dos cuidados de enfermagem recebidos. Quer isto dizer, que superar expectativas “baixas” é sempre mais fácil e permite alcançar melhores índices de satisfação (Donabedian, 2003). Contudo, como sabemos, as expectativas são, elas mesmas, geradas pelos próprios serviços, o que confere dinamismo e desafios permanentes a quem se ocupa da gestão da qualidade. Neste sentido, os resultados, em geral, positivos apurados nesta investigação não permitem, ao contexto estudado, que se deixe de alinhar com uma de política de gestão da qualidade dos cuidados prestados pelas ECCI.

Foi ainda associada a análise da relação da satisfação dos clientes, tendo em consideração os ganhos em saúde obtidos com os cuidados de enfermagem prestados no contexto estudado, o que nos obrigou a proceder à análise da documentação de enfermagem disponível nos sistemas de informação em uso. A construção dos indicadores, a partir da análise dos diagnósticos de enfermagem relativos à amostra estudada, baseada numa agregação por “focos” de

atenção de enfermagem (ICN, 2013), permitiu dar visibilidade aos cuidados de enfermagem que são centrais nas ECCI.

Com esta análise, foi possível verificar que a esmagadora maioria dos cuidados de enfermagem prestados nas ECCI foram centrados no domínio do *Autocuidado*. Para além disso e em segundo lugar, merecem destaque os diagnósticos relativos aos *Tegumentos* ou feridas.

Posteriormente, os dados relativos aos diagnósticos de enfermagem foram trabalhados, nos termos propostos por Pereira (2007) e pela OE (2007), gerando-se indicadores de ganhos em saúde por “domínios” – o que facilitou a observação dos ganhos obtidos e do tratamento estatístico dos dados – totalizando oito domínios. Aqui, foi revelada a grande incidência dos cuidados prestados nestas ECCI, onde os *Ganhos em autonomia / independência nos requisitos universais do autocuidado* e os *Ganhos em conhecimentos dos MFPC* foram as áreas mais representativas dos cuidados prestados. De seguida surgiram os domínios dos *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem da pessoa dependente* (“outros”) e dos *Ganhos em conhecimentos das pessoas dependentes*. Cerca de 10% dos resultados computados situaram-se em domínios centrados nos *Ganhos em capacidades de desempenho dos MFPC* (11,20%), nos *Ganhos em capacidades de desempenho das pessoas dependentes* (10,43%) e nos *Ganhos na prevenção das Úlceras de Pressão* (9,32%). Com uma ordem de grandeza na ordem dos 3,30% surgiu o domínio dos indicadores relativo aos *Ganhos na evolução dos diagnósticos de enfermagem centrados no Papel de Prestador de Cuidados*.

A análise das correlações entre os indicadores dos diferentes domínios da atenção de enfermagem identificados, permitiu verificar que a existência de ganhos num dos domínios é acompanhada por todos os restantes domínios, o que reforça a interdependência das áreas de atenção envolvidas na assistência dos casos em análise neste estudo. Neste contexto, salienta-se, o domínio dos ganhos em saúde relativos à evolução dos diagnósticos de enfermagem associadas ao *Papel de Prestador de Cuidados*, onde a evolução das condições associadas ao “stress do prestador de cuidados” e ao “envolvimento / adequação no exercício do papel”, se encontram associadas com a aquisição de conhecimentos dos próprios MFPC. Assim, os resultados sugerem que a aquisição de conteúdos cognitivos, por parte dos familiares cuidadores, centrados no conhecimento sobre a condição da pessoa dependente e dos conhecimentos para assistir a pessoa dependente (tendo por base os compromissos nos requisitos universais de autocuidado e a prevenção de complicações) podem funcionar como um fator relevante para um melhor desempenho do papel de prestador de cuidados, bem como na prevenção/diminuição da sobrecarga resultante de tomar conta de um familiar dependente.

Um dos objetivos desta investigação procurava verificar a existência de correlações entre satisfação dos clientes e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem obtidos pelos clientes assistidos pelas ECCI. Os resultados permitiram constatar, que neste estudo, não se verificaram associações estatísticas entre ganhos em saúde “sensíveis” aos cuidados de enfermagem e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Contudo, será fundamental que em futuros estudos se procure explorar esta relação. Neste momento e em função dos resultados do estudo, somos levados a admitir que as expectativas dos clientes poderão estar “ainda” pouco orientadas para os “resultados” e mais para os “processos” (Donabedian, 2003).

Em síntese, a análise da documentação dos cuidados de enfermagem produzida nas ECCI possibilitou uma abordagem mais efetiva acerca da representação dos cuidados de enfermagem neste contexto – podendo servir de base para futuros estudos, mais focalizados na conceção de cuidados e na efetividade das intervenções – dando uma melhor resposta às necessidades em saúde das populações. De acordo com Pereira (2007), “(...) *evoluiu-se de uma ênfase orientada para “tornar visível o que os enfermeiros fazem” para uma lógica de “dar visibilidade àquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem”* (p.214), tendo, por via do nosso estudo, em atenção a satisfação dos clientes com aqueles cuidados.

#### **A utilidade da investigação realizada**

Entendemos que a investigação aqui reportada acrescenta conteúdo substantivo à compreensão do papel central que a satisfação dos clientes pode ter para as políticas de gestão dos serviços ancoradas em informação válida e fiável. Neste particular, a investigação realizada procura incrementar uma cultura de maior atenção à perspetiva do cliente, no quadro da procura contínua da melhoria da qualidade.

A realidade social está em constante mudança e, também, estes serviços necessitam de ajustes constantes na sua atuação. Deve ser permanente a atualização das informações, até mesmo através da investigação, relativas às necessidades em cuidados sociais e de saúde nesta franja de clientes – pessoas com dependência de variada ordem, idosos e os seus familiares cuidadores. Escutar a sua opinião e estudar a sua satisfação, permite a obtenção de importantes indicadores para a gestão dos serviços, tendo em conta as legítimas expectativas dos clientes.

A satisfação do cliente é um dos mais importantes e eficazes indicadores de um sistema de gestão da qualidade. Para tal ser possível é necessária a existência de instrumentos centrados

no utente. Entende-se que o SATENF-ECCI é um instrumento válido e fiável, com potencial de apoio aos processos de gestão e governo da RNCCI e, em particular aos espaços que acolhem e integram ECCI.

Nos modelos de contratualização, previstos pela RNCCI / ACSS, pode ser agora viável a monitorização da satisfação dos clientes – de forma transversal e uniforme –, através da utilização do SATENF-ECCI. Também no caso de contratualização de cuidados, por exemplo com entidades privadas, a existência de um instrumento deste tipo pode ser uma mais-valia para uniformizar a avaliação da satisfação dos clientes nas ECCI.

Todas as organizações de saúde querem ser capazes de aumentar ou manter os níveis de satisfação do utente ao mais alto nível possível. Os gestores de topo e intermédios, leia-se chefes, coordenadores ou responsáveis de serviço, devem ser líderes construtores de uma cultura que promova a satisfação dos clientes e, por sua vez, a montante, a satisfação dos seus colaboradores – onde se promova um bom clima organizacional, com um forte compromisso com a qualidade dos cuidados. Ora, o atingimento dessa meta só se torna possível com a construção de uma cultura organizacional centrada no cliente. As vantagens do uso de instrumentos de medida para medir a satisfação, reside no facto de ajudar os gestores de saúde, nomeadamente os de enfermagem, a colher dados referentes à forma como os serviços que prestam estão a ser percecionados pelos seus clientes. Desta forma, poderão definir as medidas corretivas apropriadas para assegurarem as atividades de melhoria da qualidade.

Embora não relacionado, propriamente dito, com a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, os curricula das escolas de enfermagem devem também adaptar-se a esta nova realidade dos cuidados e às áreas nucleares dos cuidados de enfermagem que aqui são praticados. No sentido de se progredir nas experiências dos seus estudantes, nesta área tão relevante como são os cuidados continuados, os programas de formação dos futuros enfermeiros devem incluir os conceitos e as experiências clínicas que se relacionam com esta área do conhecimento.

Este repto é válido para a formação de base, mas também para a formação pós-graduada em Enfermagem. O acompanhamento de clientes muito idosos ou com dependência para o autocuidado, como os que se encontram integrados nas ECCI, justificam que se atenda a aspetos de natureza individual de cada cliente e suas famílias, bem como a intervenções interdisciplinar e interprofissionais. Particularmente a formação contínua de enfermeiros na área da geriatria e dos cuidados continuados pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados nestas unidades.

**As limitações do estudo**

Depois do percurso efetuado, não podemos deixar de lembrar o que outros autores já disseram sobre a complexidade que é medir a satisfação dos clientes em contexto domiciliário. Sforzin, Nava e Pinamonti (2009) referem que o nível de satisfação de um utente que recebe cuidados em casa é um indicador que raramente é avaliado. Isso também se deve ao facto de que, é difícil reunir dados sobre esse assunto e há um incontável número de variáveis que influenciam esta avaliação.

Assim, um estudo desta natureza não deve ser terminado sem antes refletir acerca das suas limitações, impondo-se algum cuidado na interpretação bem como na generalização dos seus resultados. Importa lembrar que a investigação se desenrolou num dado local, com determinados atores, com uma cultura e organização próprios, num certo período de tempo e circunstâncias. A realidade estudada representa uma análise de resultados obtidos numa população de quatro ECCI da região norte de Portugal, num determinado período de tempo. Assim, recomenda-se precaução na extrapolação ou transferência dos resultados para outras realidades. Apesar disto, os resultados aqui encontrados, podem apresentar potencial de transferência para outros ambientes, através de um processo de interpretação dos novos contextos a estudar.

Mais investigação sobre os objetos estudados, satisfação e ganhos em saúde, são necessários para melhorar a consistência e validade dos resultados noutras realidades homólogas. Além disso, a continuidade do estudo, nestas e em outras unidades a nível nacional, proporcionaria uma base de dados mais robusta – o que traria, certamente, orientações mais firmes para uma melhoria, sólida, dos cuidados de enfermagem prestados por estas equipas em todo o país.

Uma outra limitação relacionada com o alcance da avaliação da satisfação, permitida pela aplicação do SATENF-ECCI, é o facto de este se circunscrever aos cuidados de enfermagem. Já na altura em que reunimos com o painel de peritos foi discutida a sua especificidade, ou não, nos cuidados de enfermagem. Compreendemos a importância e a utilidade de um só instrumento avaliar a satisfação dos clientes com o “conjunto” dos cuidados prestados na ECCI. No entanto, não podemos deixar de referir que esta investigação surge no contexto de um programa de doutoramento em enfermagem. Também, já várias vezes referido ao longo deste relatório, o maior volume de cuidados, prestados nas ECCI emerge da prática profissional dos enfermeiros. Podendo ser esta uma limitação, no que respeita ao seu potencial “específico” para medir a satisfação dos clientes com as ECCI, fica, aqui, o nosso compro-



misso de colaboramos na aferição de um instrumento que incorpore, na sua avaliação, a satisfação global com a ECCI.

Outro aspeto que pode ser considerado como uma limitação do estudo é, nomeadamente na fase de colheita de dados com recurso ao SATENF-ECCI e derivado das opções metodológicas desta investigação, não ter proporcionado a ampla opinião dos utentes dependentes. Foi esmagadora a opinião dos MFPC e muito reduzida a opinião dos dependentes. Certamente que os resultados e a sua discussão seriam mais ricos com mais pessoas com dependência inquiridas, mas teria de ter sido adotada outra estratégia de colheita de dados, nomeadamente a de aplicação do formulário de forma presencial.

Entretanto, a identificação de algumas fragilidades detetadas na aplicação do instrumento, nomeadamente na forma como plasma a opinião das pessoas dependentes, evidencia a necessidade de novas pesquisas para realizar testes de confiabilidade e validade clínica do instrumento proposto. A realização futura desses testes possibilitará aumentar a sua solidez de aplicabilidade com fins de gestão.

A investigação aqui apresentada, bem como a metodologia adotada, mostrou que pode subsidiar a realização de outras investigações relacionadas com a temática. São várias as áreas que, baseados nos resultados obtidos nesta investigação, se sugerem como pertinentes para futuras pesquisas. Ao longo da redação deste capítulo fomos já referindo algumas. A sintetizar: 1) O estudo das agudizações do estado de saúde das pessoas que integram as ECCI, que motivam transferências para os serviços de urgência e/ou de internamento; 2) A partir das áreas dos cuidados de enfermagem identificadas nesta investigação, identificar e ampliar a identificação das áreas centrais dos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI; 3) A partir dos indicadores de qualidade definidos nesta investigação, definir os indicadores de ganhos em saúde mais “sensíveis” ou dependentes dos cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI; 4) Estudos focalizados na conceção de cuidados e na efetividade das intervenções.

O desafio, agora, passa por iniciar a utilização do SATENF-ECCI, para a monitorização e avaliação da satisfação na RNCCI. Entre outras, esta será porventura a maior utilidade que se pode dar ao produto desta investigação.

A realização de outros estudos, na área da satisfação dos clientes, já com a versão refinada do formulário SATENF-ECCI (Versão 2) em outras áreas geográficas, permitiria a abrangência de outras realidades e a incorporação de outras visões, até numa lógica de representa-

tividade do todo nacional. Este pode ser um dos desafios que se deixam às estruturas de governo da RNCCI. Acreditamos que um estudo em larga escala poderá, para além de apurar o SATENF – ECCI, trazer à evidência, dez anos passados sobre a implementação da rede, um primeiro traço operativo sobre a satisfação dos clientes, com aquele serviço específico. A evoluir-se neste sentido, evolui-se para que este instrumento possa ser utilizado como principal referência para a avaliação da satisfação dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados, em Portugal. Com isto, estamos em crer que, a partir de uma correta interpretação da satisfação dos clientes em cada contexto da prática, se trarão contributos para a redefinição de estratégias e políticas tendo em vista a aproximação, com qualidade, às necessidades reais da população – proporcionando uma *Enfermagem mais significativa para as pessoas*.

#### 4.1 Referências

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.

International Council of Nurses – ICN. (2013). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2013*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Newsome, P., & Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), 161-165.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3o\\_publicada\\_OrdemdosEnfermeiros.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3o_publicada_OrdemdosEnfermeiros.aspx)

Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Sforzin, S., Nava, E., & Pinamonti, A. (2009). Evaluation of patients' satisfaction of home care services. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunità*, 21(2), 135-45.

## 5. Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2014) Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2015. Lisboa.

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2015a). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) 2014 - Relatório. ACSS. Lisboa

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2015b) Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização com as Unidades de Cuidados na Comunidade Para o Ano de 2015. Lisboa.

Administração Regional de Saúde do Norte – ARS Norte. (2010). *Carta de Compromisso*. Recuperado em 25 de março de 2010, através de [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.arsnorte.minsaude.pt%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FARSNorte%2FContratualizacao%2FCuidados%2520Continuados%2520Integ.%2FDocumen- ta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2FFicheiros%2FCarta\\_Compromisso\\_ECCL.pdf&ei=C58SVcCIO4u4UcCDgJgP&usg=AFQjCNG5HauE8l3PGz3hNlrlndV-EuWs6g&bvm=bv.89184060,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.arsnorte.minsaude.pt%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2FARSNorte%2FContratualizacao%2FCuidados%2520Continuados%2520Integ.%2FDocumen- ta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2FFicheiros%2FCarta_Compromisso_ECCL.pdf&ei=C58SVcCIO4u4UcCDgJgP&usg=AFQjCNG5HauE8l3PGz3hNlrlndV-EuWs6g&bvm=bv.89184060,d.d24)

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Porto: Universidade Aberta.

Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Edição ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

Alves, M. J. P. (2007). *O serviço de atendimento permanente: satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Athanasios, G. P., Petros, A. K., Ioannis, A. M., & Niakas, D. (2009). Patients' perceptions as an indicator of quality of care, in Greek patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23, 93–99

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Baron-Epel, O., Dushenet, M., & Friedman, N. (2001). Evaluation of the consumer model: relationship between patients expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(4), 317-323.

Barron, C. P., Moffett, J. A., & Potter, M. (2007). Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(1), 37-46.

Barros, P. P., & Simões, J. A. (2007). Portugal: Health system review. *European Observatory on Health System and Policies*, 9(5), 1-140.

Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.

Basto, M. L. (2012). Qual o objecto de estudo das teses de doutoramento em enfermagem das universidades portuguesas? Uma análise dos resumos. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 2-25

Bittar, O. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 3(12), 21-28.

Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.

Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. E. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing Practice*, 42(3), 269–277.

Colas Bravo, P. (1992). La Metodologia cualitativa. In P. Colas, & L. Buendia, *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.

Conner, A., Allport, S., Dixon, J., & Somerville, A. M. (2008). Patient perspective: what do palliative care patients think about their care? *International Journal Of Palliative Nursing*, 14(11), 546-52.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/13420>

Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República*, 1.ª Série, 109(06-06-2006), 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República*, 1.ª Série, 38(22-02-2008), 1182-1189.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Califónia: Sage.

Deshaies, B. (1992). *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Despacho Conjunto n.º 19040/2006. *Diário da República*, 2.ª Série, 181(19-09-2006), 19247-19248.

Despacho Conjunto n.º 407/1998. *Diário da República*, 2.ª Série, 138(18-06-1998), 8328-8332.

Despacho n.º 10143/2009. *Diário da República*, 2.ª Série, 74(16-04-2009), 15438-15441.

Despacho n.º 14223/2009. *Diário da República*, 2.ª Série, 120(24-6-2009), 24667-24669.

- Direção-Geral da Saúde – DGS. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde – DGS. (2005). *Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração – Relatório Preliminar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde – DGS. (2013). *Versão Resumo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016*. Recuperado em 23 de dezembro de 2013, através de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem: Parte 3: Métodos Mistos e Múltiplos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(5), 1-4.
- Edwards, C., & Staniszewska, S. (2000). Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community*, 8(6), 417-424.
- Fernandes, M. A. (2007). *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes – contributo para a gestão da qualidade na saúde* (Tese de Doutoramento). Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2ª Edition ed.). London: Sage Publications.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058\\_td\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf)
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Recuperado em 1 de setembro de 2015, através de [http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/28/03.htm#\\_ftn2](http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/28/03.htm#_ftn2)
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnica de pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Gomes, B. P., & Mendes, M. A. (2008). A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Servir*, 56(1), 7-14.
- Gonzalez-Valentin, A., Padin-Lopez, S., & Ramon-Garrido, E. (2005). Patient satisfaction with nursing care in a regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 63-72.
- Guba, E. G. (1990). The alternative paradigm dialogue. In E. G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 17-30). Newbury Park, CA: Sage.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59-82.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed. rev.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Van Der Wal, M., Luttik, M. L., & Jaarsma, T. (2010). Nurse-led interventions in heart failure care: patient and nurse perspectives. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group On Cardiovascular Nursing Of The European Society Of Cardiology*, 9(4), 226-32.

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2012). *Dados Estatísticos: População do concelho de Matosinhos*. Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2015a). *Projeções de população residente 2012-2060*. Recuperado em 11 de setembro de 2015, através de <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2015b). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Recuperado em 6 de setembro de 2015, através de <https://www.ine.pt>

International Council of Nurses – ICN. (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão Beta 2*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

International Council of Nurses – ICN. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses – ICN. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses – ICN. (2013). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2013*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jansen, A. P. D. [et al.] (2011). Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: A randomized clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 933-943.

Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.

Ketele, J. D., & Roegiers, X. (1999). *Metodologia de recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Krueger, R. A. (1998). *Analyzing & reporting focus group results* (Vol. 6). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups - a practical guide for applied research* (4.<sup>a</sup> ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kuhn, K. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. In International Encyclopedia of Unified Science (p.iii-210). Chicago: The University of Chicago
- Laferriere, R. (1993). Client satisfaction with home health care nursing. *Journal of Community Health Nursing*, 10(2), 67-76.
- Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador Informal* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220-230.
- Llewellyn, A. & Leonard, M. (2009). *Nursing case management: nursing review and resource*. 3<sup>a</sup> ed. - Washington: American Nurses Credentialing Center.
- Lopes, J., Cardoso, M. L., Alves, V. L., & DiInnocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 136-141.
- Maas, M. L., Johnson, M., & Moorhead, S. (1996). Classifying nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(4), 295–30.
- Machado, P. A. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept “patient satisfaction” as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1241-1248.
- Maqsood, A., Oweis, A., & Hasna, F. (2012). Differences between patients’ expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 140-146.
- Marconi, M., & Lakatos, E. M. (1999). *Técnicas de Pesquisa* (4<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Marôco, J. P. (2003). *Análise Estatística com a utilização do SPSS* (1<sup>a</sup> Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Marôco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas* (1<sup>a</sup> Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, M. I. (2000). Percepção “significativa” dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 5-16.
- Martins, F., Veiga, N., Alves, P., Lima, T., & Oliveira, V. (2003). Inteligência emocional – um desafio para a enfermagem. *Nursing*, 176, 28-30.



- McIntyre, T., & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Relatório final sumário*. Braga: ARS-Norte e Universidade do Minho.
- McKinley, R. K., Stevenson, K., Adams, S., & Manku-Scott, T. K. (2002). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*, 19(4), 333-338.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, A. (2006). A excelência nos cuidados com princípio para a satisfação dos utentes no ciclo de vida. *Nursing*, 206 p.40-41.
- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 17-25.
- Merkouris, A., Andreadou, N., Athini, E., Hatzimbalasi, M., Rovithis, M., & Papastavrou, E. (2013). Assessement of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. *Health Science Journal*, 7(1), 28-40.
- Merkouris, A., Yfantopolos, J., Lanara, V., & Lemonido, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7, 19-28.
- Meyer, H. (2010). Group health's move to the medical home: for doctors, it's often a hard journey (cover story). *Health Affairs*, 29(5), 844-851.
- Miguel, C. P., & Pereira, M. A. (2007). Satisfação dos utentes do centro de saúde de Moga-douro, face aos cuidados de enfermagem. *Sinais Vitais*, 71, 61-66.
- Milutinović, D., Simin, D., Brkić, N., & Brkić, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 598-606.
- Ministério da Saúde – MS, Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. (1997). *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1997: região norte*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde – MS. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Retirado em 2 de julho de 2014 através de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.min-saude.pt%2FNR%2Frdonlyres%2F0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D%2F0%2FProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf&ei=NqkiVeGLHcT0UtesgZgF&usg=AFQjCNE0zvnvG9IYB2d9XIjyHC9G-CdYeSw>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários – MCSP. *Documento de suporte à implementação da UCC*. (2009). Recuperado em 25 de Janeiro de 2010 através de [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc\\_suporte\\_de\\_ucc.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc_suporte_de_ucc.pdf)



- Missão para os Cuidados de Saúde Primários – MCSP. *Indicadores de desempenho da unidade cuidados na comunidade*. (2010). Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores\\_daucc\\_vf.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores_daucc_vf.pdf)
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Moret, L. [et al.] (2012). Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHO-PATH performance indicators in France. *BMC research notes*, 5(83), 1-7.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morse, J. M., & Niehaus, L. (2009). *Mixed method design*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Nadarević-Stefanec, V., Malatestinić, D., Mataija-Redzović, A., & Nadarević, T. (2011). Patient satisfaction and quality in home health care of elderly islanders. *Collegium Antropologicum*, 35(Suppl 2), 213-6.
- Nanda, A., Bourbonniere, M., Wetle, T., & Teno, J. (2010). Home care in the last year of life: family member perceptions of unmet need associated with last place of care. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 11(1), 21-5.
- Newsome, P., & Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *Bristish Dental Journal*, 186(4), 161-165.
- Nga Han Chan, J., & Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 498-507.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES).
- Onder, G. [et al.] (2007). Case Management and Risk of Nursing Home Admission for Older Adults in Home Care: Results of the Aged in Home Care Study. *JAGS - Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 439-444.
- Ordem dos Enfermeiros – OE. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros – OE. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros – OE. (2003a). *Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato 1999/2003)*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros – OE. (2003b). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2004). Quadro de referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13(Supl.), 3-8.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 52.

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3opublicadaOrdemdosEnfermeiros.aspx>

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2012). *Posição pública da Ordem dos Enfermeiros enviada ao Sr. Ministro da Saúde relativamente às Unidades de Cuidados na Comunidade na reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Recuperado em 25 de Julho de 2015, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3opublicadaOrdemdosEnfermeiros.aspx>

Ordem dos Enfermeiros – OE. (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com futuro!*. Recuperado em 5 de Agosto de 2015, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/ApresentacaodoestudoreferenciaaosindicadoresdedesempenhodaUCCPresentecomFuturo.aspx>

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed). St. Louis: Mosby.

Otani, K., Waterman, B., & Dunagan, W. C. (2012). Patient satisfaction: How patient health conditions influence their satisfaction. *Journal of Healthcare Management*, 57(4), 276-292.

Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., & Dunagan, C. W. (2009). Patient Satisfaction: Focusing on “Excellent”. *Journal of Healthcare Management*. 54, 93-103.

Özsoy, S. A., Özgür, G., & Durmaz Akyol, A. (2007). Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54, 249-255.

Palese, A. [et al.] (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses’ caring behaviours: A descriptive study in six European countries. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(4), 341-350.

Parente, P. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho do Porto* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.

Peck, M. B. [et al.] (2001). Measuring Patient Expectations: Does the Instrument Affect Satisfaction or Expectations?. *Medical Care*, 39(1), 100–108.

Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.

- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/10572>
- Pinheiro, J. Q., Farias, T. M., & Abe-Lima, J. Y. (2013). Paineis de especialistas e estratégia multimétodos: Reflexões, exemplos, perspectivas. *Psico*, 44(2), 184-192.
- Pinto, S., & Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 95-103.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud* (5ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pordata. Base de dados Portugal Contemporâneo. (2015). *Dados estatísticos*. Recuperado em 25 de julho de 2015, através de <http://www.pordata.pt/>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Raftopoulos, V. (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nursing Web Journal*, 22, 1-15.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 1º Semestre 2014*.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. (2015). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) 2014*.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Diretiva Técnica nº 1, de 7 de janeiro de 2008 – Critérios Gerais de Referenciação de Doentes para as Unidades de Internamento, de Ambulatório e Equipas da RNCCI*. Recuperado através de <http://www.acss.minsau-de.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7Recursose mSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/Documenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/1154/language/pt-PT/Default.aspx>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Glossário*. Recuperado através de [http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario\\_RNCCI.pdf](http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario_RNCCI.pdf)
- Regulamento n.º 101/2015. *Diário da República*, 2.ª Série, 48(10-03-2015), 5948-5951.
- Regulamento n.º 533/2014. *Diário da República*, 2.ª Série, 233(02-12-2014), 30247-30254.
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem - Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.

- Ribeiro, R. (2014). *Cuidados de Enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Satisfação dos Utentes e Cuidadores* (Tese de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rocha, M. (2015). *Dependência no Autocuidado em Contexto Familiar – Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho da Maia* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Rosati, R. J., Marren, J. M., Davin, D. M., & Morgan, C. J. (2009). The linkage between employee and patient satisfaction in home healthcare. *Journal For Healthcare Quality*, 31(2), 44-53.
- Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 105-118.
- Santos, L. (2002). A investigação e os seus implícitos: contributos para uma discussão. In, J. A. Murillo, M. Petra, R. Escolano, & J. M. Gairín (Eds.), *Actas del VI Simposio de la SEI-EM* (pp. 157-170). Logroño: Sociedad Española de Investigación en Educación Matemática, SEIEM.
- Sartain, S. A., Maxwell, M. J., Todd, P. J., Haycox, A. R., & Bundred, P. E. (2001). Users' views on hospital and home care for acute illness in childhood. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 108–117
- Schulmeister, L., Quiett, K., & Mayer, K. (2005). Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patients undergoing outpatient autologous stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 57-67.
- Secretaria de Estado do Ministério da Saúde – SEMS. (2014). *Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental - Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referência*. Lisboa: Secretaria de estado do Ministério da Saúde.
- Sforzin, S., Nava, E., & Pinamonti, A. (2009). Evaluation of patients' satisfaction of home care services. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunità*, 21(2), 135-45.
- Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-19.
- Silva, J. F. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do idoso hospitalizado*. Loures: Lusociência.
- Sossai, L. C. F., & Pinto, I. C. (2010). A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 569-576.
- Sousa, P. (2005). *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

- Sousa, P. [et al.] (1999). *Projecto EnfInCo. Administração Regional de Saúde do Norte. Sub-Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João* 5vol.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Suhonen, R. [et al.] (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26, 372-380.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., & Kim, H. S. (2007). The patient satisfaction scale – an empirical investigation into the finnish adaptation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 31–38.
- Tavares, M. (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade Do Porto, Porto.
- Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of fator analysis in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 414-424.
- Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 293-298.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. – ULSM. (2014). *Relatório e contas – 2013*. Recuperado em 11 de agosto de 2015, através de <http://www.ulsm.min-saude.pt/ebook.aspx?menuid=12>
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. – ULSM. (2015). *Relatório e Contas – 2014*. Recuperado em 11 de agosto de 2015, através de <http://www.ulsm.min-saude.pt/ebook.aspx?menuid=12>
- Vala, J. (1989). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Van Loo, M. A., Post, M. W., Bloemen, J. H., & Van Asbeck, F. W. (2010). Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. *Spinal Cord*, 48(5), 423-8.
- Woods, S. E., Bivins, R., Oteng, K., & Engel, A. (2005). The Influence of ethnicity on patient satisfaction. *Ethnicity and Health*, 10(3), 235-242.



## 6. Anexos

Anexo 1 – Guião de entrevista semiestruturada

Anexo 2 – Carta de explicação do estudo e consentimento informado

Anexo 3 – Guião da análise documental

Anexo 4 – Resultados e indicadores extraídos da NOC

Anexo 5 – Lista dos diagnósticos de enfermagem por focos

Anexo 6 – Lista dos indicadores por focos e domínios

Anexo 7 – Autorização para a realização da investigação

Anexo 8 – Tabelas de caracterização dos participantes nas entrevistas

Anexo 9 – Análise de conteúdo às entrevistas: unidades de contexto e unidades de registo

Anexo 10 – Formulário SATENF-ECCI (Versão preliminar)

Anexo 11 – Formulário SATENF-ECCI (Versão pré-teste)

Anexo 12 – Texto de introdução às chamadas telefónicas

Anexo 13 – Formulário SATENF-ECCI (Versão 1)

Anexo 14 – Quadros e tabelas referentes ao estudo da fiabilidade e validade do SATENF-ECCI adaptado à pessoa dependente

Anexo 15 – Formulário SATENF-ECCI (Versão 2)

Anexo 16 – Matriz de correlações: subescalas, PC59, D59 e Médias globais

Anexo 17 – Respostas à questão aberta sobre outras questões associadas à satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI





## ANEXO 1 – Guião de entrevista semiestruturada

**TEMA: Expectativas dos Clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI.**

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO PARTICIPANTE:

- Ser utente dependente ou MFPC, referenciado para uma das quatro ECCI da ULSM;
- Ter mais de 18 anos;
- Ter evidente capacidade cognitiva e de interação;
- Aceitar participar no estudo.

### OBJETIVOS DA ENTREVISTA:

- Caracterizar, ao nível sociodemográfico, os utentes referenciados;
- Identificar as expectativas dos clientes, com os cuidados de enfermagem a prestar pelas ECCI;
- Identificar as necessidades em cuidados dos utentes referenciados e dos MFPC.

BLOCOS DE IN-FORMAÇÃO	OBJECTIVOS	FORMULÁRIO DAS QUESTÕES
<b>A</b> <b>Início e</b> <b>informações</b>	Informar sobre os objetivos da entrevista.	Informar sobre o desenho e objetivos do estudo; Pedir a colaboração do entrevistado; Assegurar o sigilo da informação transmitida; Solicitar autorização para proceder à gravação áudio da entrevista; Efetuar codificação do participante:  <b>Código:</b> _____ (igual ao da análise documental) <b>Participante entrevistado:</b> MFPC <input type="checkbox"/> Pessoa dependente <input type="checkbox"/>
<b>B</b> <b>Caracterização dos</b> <b>clientes</b>	Caracterizar os clientes entrevistados.	<b>Do Cliente Dependente</b> 1. Morada (Freguesia): 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 3. Idade (anos completos): 4. Nacionalidade: 5. Profissão: 6. Habilitações Literárias: 7. Estado civil:  <b>Do Cliente MFPC</b> 8. Morada (Freguesia): 9. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 10. Idade (anos completos): 11. Nacionalidade: 12. Profissão: 13. Habilitações Literárias: 14. Estado civil: 15. Número total de pessoas, com dependência, a cargo: 15.1. Ascendentes: 15.2. Descendentes: 16. Experiência anterior como cuidador: <b>Globais</b>

		17. Número de MFPC do dependente referenciado: 18. Grau de parentesco entre o(s) MFPC e o dependente referenciado: 19. Coabitação do(s) MFPC e o dependente referenciado:
<b>C</b> <b>Caracterização da assistência atual</b>	Caracterizar os cuidados que tem atualmente;  Caracterizar os recursos de que dispõe.	Nos últimos tempos, o grau de dependência (da pessoa referenciada) agravou-se? Como considera ser a assistência que lhe é prestada atualmente? Quais são as suas maiores dificuldades atuais, relacionadas com a sua dependência / dependência do seu familiar? Que outros apoios, para além dos de saúde, dispõe?
<b>D</b> <b>Caracterização das expectativas</b>	Conhecer o que os utentes sabem das ECCI;  Conhecer as suas expectativas	<b>Qual a razão/motivo de o seu familiar (ou o próprio dependente) foi referenciado para uma ECCI?</b> Solicitou o apoio da ECCI ou foi-lhe proposto? Já lhe explicaram o que é a ECCI? Relativamente à pessoa dependente, a sua principal preferência de encaminhamento é a ECCI ou preferia continuar com os cuidados actuais ou que fosse encaminhado para outro serviço? Qual? Considera que a ECCI vai ser suficiente para suprir as suas necessidades?  <b>O que espera dos cuidados /serviços que a ECCI lhe vai prestar?</b> Que profissionais espera que lhe prestem cuidados? Quantos profissionais, de cada vez, espera em cada contacto? Quantas vezes esperam que a equipa vá a sua casa? Como gostaria de marcar os contactos ou contactar a equipa, se for necessário? <b>No caso de já ser ou ter beneficiado dos serviços da ECCI: Os cuidados de que tem sido beneficiário ficaram aquém ou para além do que estava à espera?</b> Neste momento, o que o(a) preocupa mais – relativamente à (sua) dependência ou do seu familiar? Por último, quer dizer mais alguma coisa?
<b>E</b> <b>Conclusão e agradecimentos</b>	Agradecer a participação e a disponibilidade do participante.	Agradecimento da participação e do seu contributo para o estudo; Mencionar que pode voltar a ser contactado para nova entrevista ou questionário.

## **ANEXO 2 – Carta de explicação do estudo e consentimento informado**

---

### **EXPLICAÇÃO DO ESTUDO**

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar e os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Pedimos para que leia este documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender, antes de aceitar fazer parte do estudo.

O investigador, com a autorização e interesse da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre «**Impacte do modelo de implementação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados: Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem**». O estudo visa a satisfação dos clientes, tendo por finalidade, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelas ECCI, num contexto que permita: 1) Construir um instrumento de medida para avaliar a satisfação dos utentes; 2) Caracterizar a satisfação dos clientes e os fatores que a influenciam e 3) Avaliar o impacto do modelo de implementação das ECCI, na satisfação dos utentes.

**PARTICIPAÇÃO:** A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

**PROCEDIMENTO:** Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre as suas expectativas com os cuidados de enfermagem prestados por esta equipa. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido. Posteriormente, e ao longo do tempo em que lhe sejam prestados serviços pela ECCI, também lhe será solicitado responder a um questionário relativo à satisfação com os cuidados que lhe são prestados.

**RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO:** Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Poderão não existir benefícios imediatos, contudo, a realização deste estudo poderá permitir uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados e uma melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros das ECCI.

**CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, toda a informação sobre os intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

No caso de aceitar participar neste estudo, solicita-se que assine a declaração de consentimento informado

que se anexa.

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado(a), compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. A informação que me foi prestada versou a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o sigilo e a confidencialidade da informação. Por isto, aceito participar no estudo respondendo às questões que me forem colocadas durante a investigação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador:

\_\_\_\_\_

**TEMA:** Expectativas dos Clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas *ECCL*.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS DADOS:**

- Relativos a utentes dependentes ou MFPC, referenciados para uma das quatro *ECCL* da ULSM;
- De utentes com mais de 18 anos;
- De utentes que aceitaram participar no estudo.

**OBJETIVOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL:**

- Completar a caracterização, ao nível sociodemográfico, dos utentes referenciados;
- Identificar o(s) motivo(s) de referência para uma *ECCL*;
- Enumerar os diagnósticos de enfermagem ativos, relativos ao utente e ao MFPC.

Blocos de informação	Registos
<b>Data:</b> <b>Código do Participante:</b> (igual ao atribuído a quando da entrevista) <b>Motivo da referência:</b>  <b>Tempo em lista de espera:</b> (dias, desde a referência até à data da colheita de dados ou integração na <i>ECCL</i> ): <b>Número de vezes referenciado para <i>ECCL</i>:</b> (Com base na avaliação inicial)	
<b>Local atual de prestação de cuidados:</b> <b>Tempo decorrido (dias / meses):</b> <b>Diagnósticos de enfermagem ativos:</b> <b>Outros dados relevantes</b>	
<b>Fontes:</b>	



## ANEXO 4 – Resultados e indicadores extraídos da NOC

Fonte: NOC (Moorhead, Johnson e Maas, 2008)

Domínio: Saúde Percebida

Classe: Satisfação com o cuidado

Satisfação do Cliente

"já se fez a respetiva adaptação linguística e de contexto"

Escala: Nada satisfeito(a) a Completamente satisfeito(a) [5 pontos] e NA

ID	Resultados	Indicadores	Relevância
1.1	Acesso aos Recursos de Cuidado	Disponibilidade dos enfermeiros	Sim
1.2	Acesso aos Recursos de Cuidado	Disponibilidade da equipa de assistência	Não
1.3	Acesso aos Recursos de Cuidado	Disponibilidade de suprimentos necessários para o cuidado	Não
1.4	Acesso aos Recursos de Cuidado	Disponibilidade de equipamentos necessários para o cuidado	Sim
1.5	Acesso aos Recursos de Cuidado	Orientação quanto aos enfermeiros e à equipa de assistência responsável pelo cuidado	Sim
1.6	Acesso aos Recursos de Cuidado	Acesso aos enfermeiros responsáveis pelo cuidado	Sim
1.7	Acesso aos Recursos de Cuidado	Auxílio para obter acesso a outros profissionais de saúde	Sim
1.8	Acesso aos Recursos de Cuidado	Auxílio para estabelecer contacto com o médico	Não
1.9	Acesso aos Recursos de Cuidado	Coordenação dos recursos de saúde	Não
1.10	Acesso aos Recursos de Cuidado	Coordenação dos provedores ( <i>Care Provider</i> ) de saúde	Não
1.11	Acesso aos Recursos de Cuidado	Espera para conseguir marcar uma consulta	Não
1.12	Acesso aos Recursos de Cuidado	Espera longa para ser atendido na consulta	Não
1.13	Acesso aos Recursos de Cuidado	Acesso a grupos de apoio	Sim
2.1	<b>Ambiente Físico</b>	<b>Nenhum aplicável</b>	Não
3.1	Aspectos Técnicos do Cuidado	Fornecimento do cuidado correto	Sim
3.2	Aspectos Técnicos do Cuidado	Organização do cuidado	Sim
3.3	Aspectos Técnicos do Cuidado	Execução completa do cuidado	Sim
3.4	Aspectos Técnicos do Cuidado	Capacidade da equipa	Não
3.5	Aspectos Técnicos do Cuidado	Conhecimento dos enfermeiros sobre o processo da doença	Sim
3.6	Aspectos Técnicos do Cuidado	Conhecimento dos enfermeiros sobre o tratamento	Sim
3.7	Aspectos Técnicos do Cuidado	Conhecimento dos enfermeiros sobre as medicações	Sim
3.8	Aspectos Técnicos do Cuidado	Conhecimento dos enfermeiros sobre a história de saúde	Sim
3.9	Aspectos Técnicos do Cuidado	Consistência no desempenho do cuidado	Sim
3.10	Aspectos Técnicos do Cuidado	Consistência da equipa no fornecimento do cuidado	Não
3.11	Aspectos Técnicos do Cuidado	Conforto ao paciente durante o tratamento	Sim
3.12	Aspectos Técnicos do Cuidado	Gentileza dos provedores ( <i>Care Provider</i> ) de tratamento	Não
3.13	Aspectos Técnicos do Cuidado	Habilidade dos provedores ( <i>Care Provider</i> ) de tratamento	Não
3.14	Aspectos Técnicos do Cuidado	Responsabilidade da equipa em emergências	Sim
3.15	Aspectos Técnicos do Cuidado	Suprimento (recursos) e equipamentos não desperdiçados	Sim
4.1	Assistência Funcional	Inclusão do cliente no planeamento da assistência para melhoria da mobilidade e do autocuidado	Sim
4.2	Assistência Funcional	Inclusão do cliente no planeamento do esquema de horários para o autocuidado	Sim
4.3	Assistência Funcional	Estímulo ao cliente para ser o mais ativo possível	Sim
4.4	Assistência Funcional	Assistência com atividade físicas conforme necessário	Não
4.5	Assistência Funcional	Rotina de exercício para adquirir ou manter a mobilidade	Sim
4.6	Assistência Funcional	Fornecimento de uma rotina de exercícios para adquirir ou manter a flexibilidade	Sim
4.7	Assistência Funcional	Fornecimento de equipamento para melhorar a mobilidade	Sim
4.8	Assistência Funcional	Fornecimento de informações sobre o uso de equipamentos ou outras adaptações	Sim
4.9	Assistência Funcional	Fornecimento de espaço disponível para equipamentos necessários para a independência funcional	Não
4.10	Assistência Funcional	Segurança enfatizada e ensinada em todas as atividades	Sim
4.11	Assistência Funcional	Oportunidade de realizar o autocuidado, a não ser quando seja solicitada ajuda	Não
4.12	Assistência Funcional	Assistência com o cuidado, conforme necessário	Não
4.13	Assistência Funcional	Permissão para a escolha da própria roupa	Não
4.14	Assistência Funcional	Permissão para a escolha dos alimentos para refeições	Não
4.15	Assistência Funcional	Informações fornecidas sobre a administração de medicamentos	Sim
5.1	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito pelas crenças culturais	Não
5.2	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito pelos comportamentos culturais de saúde	Não

5.3	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito por valores pessoais	Sim
5.4	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito por perspectivas pessoais	Sim
5.5	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito por tradição e passado	Não
5.6	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito por crenças religiosas	Sim
5.7	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito por crenças espirituais (difícil responder...)	Sim
5.8	Atendimento das Necessidades Espirituais	Incorporação de crenças culturais no ensino da saúde	Não
5.9	Atendimento das Necessidades Espirituais	Cuidado consistente com as crenças culturais	Não
5.10	Atendimento das Necessidades Espirituais	Uso de métodos criativos para o estabelecimento de comunicação devido às diferenças de linguagem	Sim
5.11	Atendimento das Necessidades Espirituais	Consideração pelas expectativas culturais	Sim
5.12	Atendimento das Necessidades Espirituais	Respeito pela participação dos membros da família no cuidado	Sim
6.1	Comunicação	Apresentação da equipa	Sim
6.2	Comunicação	Utilização do nome preferido do cliente	Não
6.3	Comunicação	A equipa fala claramente	Não
6.4	Comunicação	A equipa ouve o cliente	Sim
6.5	Comunicação	A equipa estimula perguntas	Sim
6.6	Comunicação	A equipa repete as informações tanto quanto necessário	Sim
6.7	Comunicação	A equipa tem paciência quando se está a comunicar	Sim
6.8	Comunicação	A equipa apresenta as informações de maneira compreensível	Sim
6.9	Comunicação	A equipa garante que a informação foi compreendida	Sim
6.10	Comunicação	A equipa comunica sem julgar	Sim
6.11	Comunicação	As perguntas são respondidas com clareza	Sim
6.12	Comunicação	As perguntas são respondidas completamente	Sim
6.13	Comunicação	As perguntas são respondidas num prazo razoável	Não
6.14	Comunicação	A equipa de enfermagem fornece informações consistentes	Não
6.15	Comunicação	Os valores pessoais são considerados na comunicação	Não
6.16	Comunicação	As preferências pessoais são consideradas	Não
6.17	Comunicação	As discrepâncias de informações são resolvidas com rapidez	Sim
6.18	Comunicação	Métodos alternativos de comunicação são utilizados, conforme necessário	Não
7.1	Continuidade do Cuidado	Coordenação do cuidado	Sim
7.2	Continuidade do Cuidado	Preferências pessoais são incluídas no planeamento do cuidado	Sim
7.3	Continuidade do Cuidado	O paciente e família são incluídos no planeamento do cuidado	Sim
7.4	Continuidade do Cuidado	Os recursos do paciente para o próprio cuidado são incluídos no planeamento da alta	Não
7.5	Continuidade do Cuidado	Tópicos de segurança são incluídos no plano de cuidados	Não
7.6	Continuidade do Cuidado	Tempo para preparação da transferência	Não
7.7	Continuidade do Cuidado	Fornecimento de informações sobre o que esperar quando transferido	Não
7.8	Continuidade do Cuidado	Fornecimento de oportunidades para expressão de preocupações sobre o plano de cuidados	Sim
7.9	Continuidade do Cuidado	Fornecimento de informações sobre o autocuidado	Sim
7.10	Continuidade do Cuidado	Oportunidade para demonstrar as atividades de cuidado	Sim
7.11	Continuidade do Cuidado	A equipa oferece sugestões para solucionar preocupações e dúvidas	Sim
7.12	Continuidade do Cuidado	Discussões de estratégias para fornecer os cuidados diretos necessários que o paciente não consegue desempenhar	Não
7.13	Continuidade do Cuidado	Discussões de estratégias para atender às necessidades domiciliares que o paciente/família não consegue administrar	Não
7.14	Continuidade do Cuidado	Preparação pessoal para lidar com os problemas de saúde em potencial	Não
7.15	Continuidade do Cuidado	Discussão de recomendações para retorno à atividade sexual	Não
7.16	Continuidade do Cuidado	Discussão de recomendações para retorno ao trabalho	Não
7.17	Continuidade do Cuidado	Discussão de estratégias para retorno às atividades domésticas	Não
7.18	Continuidade do Cuidado	Discussão de estratégias para retorno às atividades comunitárias	Não
7.19	Continuidade do Cuidado	Assistência ou encaminhamento em relação às questões de custos e finanças	Sim
7.20	Continuidade do Cuidado	<b>Profissionais da saúde trabalham como uma equipa</b>	Sim
8.1	Controlo dos Sintomas	Identificação do padrão dos sintomas	Sim
8.2	Controlo dos Sintomas	Identificação da gravidade dos sintomas	Sim
8.3	Controlo dos Sintomas	Identificação da duração dos sintomas	Sim
8.4	Controlo dos Sintomas	Investigação da causa dos sintomas	Sim
8.5	Controlo dos Sintomas	Ações para a prevenção de sintomas	Sim
8.6	Controlo dos Sintomas	Rápido atendimento aos sintomas	Sim
8.7	Controlo dos Sintomas	Cuidados para eliminar/reduzir sintomas	Sim
8.8	Controlo dos Sintomas	Cuidados para eliminar/reduzir dor	Sim
8.9	Controlo dos Sintomas	Ações para fornecer conforto	Sim
8.10	Controlo dos Sintomas	Monitorização regular dos sintomas	Sim



8.11	Controlo dos Sintomas	Monitorização de sintomas menos usuais	Não
8.12	Controlo dos Sintomas	Monitorização para controlo dos sintomas	Não
8.13	Controlo dos Sintomas	Monitorização do conforto do doente	Não
8.14	Controlo dos Sintomas	Encaminhamento adequado a enfermeiros especialistas, para acompanhamento	Sim
9.1	Cuidado	Demonstração de cortesia em relação à equipa	Não
9.2	Cuidado	Demonstração de compaixão em relação à equipa	Não
9.3	Cuidado	Demonstração de gentileza em relação à equipa	Não
9.4	Cuidado	Demonstração de respeito em relação à equipa	Não
9.5	Cuidado	Consideração pelos sentimentos	Não
9.6	Cuidado	Consideração pelas opiniões	Não
9.7	Cuidado	Demonstração de preocupação em relação às necessidades individuais	Não
9.8	Cuidado	Relacionamento com equipa de enfermagem	Sim
9.9	Cuidado	Frequência de avaliação do paciente pela equipa	Sim
9.10	Cuidado	<b>Resposta rápida do profissional à chamada luminosa (MUDAR PARA CONTACTO TELEFÓNICO)</b>	Sim
9.11	Cuidado	Resposta rápida a perguntas	Não
9.12	Cuidado	Fornecimento de apoio emocional	Sim
9.13	Cuidado	Uso adequado do toque	Não
9.14	Cuidado	Orientação sobre o quarto, equipamentos e rotinas	Não
9.15	Cuidado	Organização das visitas	Não
9.16	Cuidado	Receção de amigos e familiares	Não
9.17	Cuidado	Assistência para escrever cartas, quando necessário	Não
9.18	Cuidado	Providência de atividades de lazer	Não
9.19	Cuidado	Fornecimento de informações sobre as opções de cuidado	Sim
9.20	Cuidado	Consideração pelo custo do cuidado	Não
9.21	Cuidado	Prevenção do desperdício de recursos e equipamentos	Não
9.22	Cuidado	Zelo para evitar desperdício de materiais e equipamentos com tratamentos e procedimentos desnecessários	Não
10.1	Cuidado Físico	Assistência na seleção de alimentos e líquidos	Sim
10.2	Cuidado Físico	Assistência na alimentação	Não
10.3	Cuidado Físico	Tempo para alimentação sem interrupções	Não
10.4	Cuidado Físico	Disponibilidade de líquidos dentro das eventuais restrições	Não
10.5	Cuidado Físico	Assistência na higiene oral	Sim
10.6	Cuidado Físico	Assistência na higiene íntima	Sim
10.7	Cuidado Físico	Manutenção de hábitos intestinais normais	Sim
10.8	Cuidado Físico	Manutenção de hábitos urinários normais	Sim
10.9	Cuidado Físico	Assistência no banho	Sim
10.10	Cuidado Físico	Assistência no cuidado com os cabelos	Sim
10.11	Cuidado Físico	Assistência no cuidado com as unhas	Sim
10.12	Cuidado Físico	Manutenção do cuidado de rotina com a pele	Sim
10.13	Cuidado Físico	Cuidados especiais com a pele	Sim
10.14	Cuidado Físico	Assistência para a manutenção do conforto	Sim
10.15	Cuidado Físico	Tempo para sono e repouso	Não
10.16	Cuidado Físico	Rotina de sono mantida	Não
10.17	Cuidado Físico	Assistência com locomoção	Sim
10.18	Cuidado Físico	Oportunidade para exercício	Não
10.19	Cuidado Físico	Fornecimento de exercícios especiais	Não
10.20	Cuidado Físico	Assistência com mudança de decúbitos ou reposicionamento	Sim
10.21	Cuidado Físico	Assistência na transferência	Não
11.1	Cuidado Psicológico	Informações fornecidas sobre o curso da doença	Sim
11.2	Cuidado Psicológico	Informações fornecidas sobre as melhorias esperadas	Sim
11.3	Cuidado Psicológico	Informações fornecidas sobre as respostas emocionais à doença e ao tratamento	Não
11.4	Cuidado Psicológico	Assistência na identificação de grupos de apoio para o cliente	Sim
11.5	Cuidado Psicológico	Assistência na identificação de grupos de apoio para a família	Sim
11.6	Cuidado Psicológico	Discussão de estratégias para enfrentar as dificuldades mentais/emocionais após a alta	Não
11.7	Cuidado Psicológico	Apoio emocional quando o paciente se sente triste, deprimido, confuso ou ansioso	Sim
11.8	Cuidado Psicológico	Aconselhamento para melhoria da função mental	Sim
11.9	Cuidado Psicológico	Aconselhamento para melhoria da estabilidade emocional	Sim
11.10	Cuidado Psicológico	Aconselhamento para melhoria das interações sociais	Sim
11.11	Cuidado Psicológico	Assistência na procura de recursos	Sim
11.12	Cuidado Psicológico	Apoio na procura de soluções para os próprios problemas	Sim

11.13	Cuidado Psicológico	Apoio para a expressão de sentimentos	Sim
11.14	Cuidado Psicológico	Apoio para trabalhar com os sentimentos de perda e pesar	Sim
11.15	Cuidado Psicológico	Apoio na identificação de maneiras para enfrentar o stresse	Sim
11.16	Cuidado Psicológico	Apoio para adaptar-se a mudanças funcionais e/ou corporais	Sim
12.1	Ensino	Diagnósticos médicos explicados em termos compreensíveis?	Não
12.2	Ensino	Cuidados de enfermagem explicados em termos compreensíveis	Sim
12.3	Ensino	Explicação sobre os exames e preparações	Sim
12.4	Ensino	Explicação sobre os resultados dos exames	Sim
12.5	Ensino	Explicação sobre os efeitos da medicação	Sim
12.6	Ensino	Explicação sobre os efeitos colaterais da medicação	Sim
12.7	Ensino	Explicação sobre as razões para o tratamento	Sim
12.8	Ensino	Explicação sobre as responsabilidades do autocuidado no tratamento	Sim
12.9	Ensino	Explicação sobre as responsabilidades do autocuidado para a administração da medicação	Não
12.10	Ensino	Avaliação do conhecimento pessoal antes das orientações	Não
12.11	Ensino	Informações fornecidas sobre os sinais de complicação	Não
12.12	Ensino	Explicação sobre restrições de atividades	Não
12.13	Ensino	Discussão de estratégias para melhorar a capacidade física	Sim
12.14	Ensino	Discussão de estratégias para melhorar a resistência física	Sim
12.15	Ensino	Discussão de estratégias para melhorar a saúde	Sim
12.16	Ensino	Explicação sobre os recursos de saúde disponíveis	Sim
12.17	Ensino	Explicação sobre o custo do cuidado	Sim
12.18	Ensino	Tempo para a aprendizagem do paciente	Sim
12.19	Ensino	Fornecimento de explicações em termos fáceis de compreender	Sim
12.20	Ensino	Fornecimento de material de ensino de qualidade	Sim
12.21	Ensino	Apoio da equipa no processo de aprendizagem	Sim
13.1	Proteção dos Direitos	Manutenção da privacidade	Sim
13.2	Proteção dos Direitos	Cuidado consistente com necessidades religiosas e espirituais	Não
13.3	Proteção dos Direitos	Preservação da confidencialidade das informações do cliente	Sim
13.4	Proteção dos Direitos	Respeito pelas solicitações do cliente	Sim
13.5	Proteção dos Direitos	Consideração para com as preferências pessoais	Sim
13.6	Proteção dos Direitos	Utilização do nome preferido do cliente	Não
13.7	Proteção dos Direitos	Apresentação à equipa	Não
13.8	Proteção dos Direitos	Apresentação ao companheiro de quarto	Não
13.9	Proteção dos Direitos	Fornecimento de informações sobre serviços de outras áreas/profissionais de saúde	Sim
13.10	Proteção dos Direitos	Fornecimento de informações sobre organizações e grupos de apoio	Sim
13.11	Proteção dos Direitos	Permissão para escolher entre opções de cuidados	Sim
13.12	Proteção dos Direitos	Inclusão nas decisões sobre cuidado	Sim
13.13	Proteção dos Direitos	Fornecimento de informações sobre direitos legais	Sim
13.14	Proteção dos Direitos	Fornecimento de informações sobre diretivas avançadas	Não
13.15	Proteção dos Direitos	Evita-se perguntas repetitivas por mais de um provedor ( <i>care provider</i> ) de cuidados	Não
14.1	Segurança	Explicação de procedimentos e regras de segurança	Não
14.2	Segurança	Resposta imediata a lesões pela equipa	Não
14.3	Segurança	Identificação do cliente antes de ser medicado	Não
14.4	Segurança	Grades da cama e outros acessórios de Proteção utilizados adequadamente	Sim
14.5	Segurança	Assistência na transferência, se necessário	Não
14.6	Segurança	Assistência na locomoção, se necessário	Não
14.7	Segurança	Assistência na higiene íntima, se necessário	Não
14.8	Segurança	Assistência no banho, se necessário	Não
14.9	Segurança	Sinais de aviso para ambientes de alto risco expostos claramente	Não
14.10	Segurança	Piso livre de obstruções e materiais escorregadios	Não
14.11	Segurança	Fornecimento de informações sobre os riscos do tratamento e complicações	Não
14.12	Segurança	Manutenção de ambiente seguro quando houver comprometimento da função mental	Não
14.13	Segurança	Manutenção de ambiente de proteção quando houver risco de autolesão	Não

## ANEXO 5 – Lista dos diagnósticos de enfermagem por focos

Contagem de Pessoa Dependente	Resultados			Total Geral
Diagnósticos de Enfermagem, agrupados por focos	0	1	-1	
<b>Alimentar-se</b>	<b>52</b>	<b>16</b>		<b>68</b>
Alimentar-se	15	3		18
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	4	2		6
Aprendizagem de Habilidades para se alimentar	1			1
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	4	3		7
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se alimentar	1			1
Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	7	2		9
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	4			4
Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	1	1		2
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	5	2		7
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	3	2		5
Conhecimento sobre hábitos alimentares	1	1		2
Demonstração	2			2
Dependência	4			4
<b>Andar</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>1</b>	<b>87</b>
Capacidade (2.0) para a marcha	12	11	1	24
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	5	7		12
Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	4	9		13
Conhecimento sobre a técnica da marcha	7	9		16
Dependência	16	6		22
<b>Andar com Auxiliar de Marcha</b>	<b>91</b>	<b>103</b>		<b>194</b>
Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	14	41		55
Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	7	17		24
Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	21	37		58
Dependência	49	8		57
<b>Arranjar-se (2.0)</b>	<b>15</b>	<b>3</b>		<b>18</b>
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para arranjar a pessoa	1	1		2
Conhecimento do prestador de cuidados sobre arranjar a pessoa	1	1		2
Dependência	13	1		14
<b>Auto - Vigilância</b>	<b>7</b>	<b>2</b>		<b>9</b>
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para proceder a vigilância da glicemia capilar	3	1		4
Aprendizagem de habilidades para proceder a auto-vigilância da glicemia capilar	1			1
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	2	1		3
Conhecimento sobre auto-vigilância glicemia capilar	1			1
<b>AUTO CUIDADO</b>	<b>197</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>249</b>
Conhecimento sobre alimentação	6		2	8
Conhecimento sobre exercício físico	4		7	11
Conhecimento sobre higiene	13		4	17
Conhecimento sobre vestuário	11		1	12
Demonstração	19			19
Dependente	144	33	5	182
<b>Auto Cuidado: Beber</b>	<b>1</b>			<b>1</b>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de ingestão de líquidos	1			1
<b>Auto Cuidado: Higiene</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>36</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene	2	2		4
Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	7	1	1	9
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	4	1		5
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	3	1		4
Dependência	11	1	1	13
Negligência	1			1
<b>Autoadministração de Medicamentos</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	2	1		3
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de insulina	1			1

Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de autoadministração de medicamentos	2	1		3
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	4	3	1	8
Conhecimento sobre técnica de autoadministração de medicamentos	3			3
<b>Capacidade para Gerir o Regime (2.0)</b>	<b>26</b>	<b>11</b>		<b>37</b>
Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	13	5		18
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	5	4		9
Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	8	2		10
<b>Confusão</b>	<b>12</b>	<b>1</b>		<b>13</b>
Presente	12	1		13
<b>Deambular</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação		1		1
Dependência	3	1	1	5
<b>Deglutição</b>	<b>6</b>	<b>1</b>		<b>7</b>
Compromisso	6			6
Conhecimento sobre técnica de deglutição		1		1
<b>Equilíbrio Corporal</b>	<b>92</b>	<b>91</b>		<b>183</b>
Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	11	29		40
Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	11	7		18
Compromisso	49	16		65
Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	11	30		41
Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	10	9		19
<b>Expetorar</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>30</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções	2			2
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia	3	1	1	5
Aprendizagem de Habilidades para executar inaloterapia	1			1
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de tosse	1			1
Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	2			2
Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	2	2	1	5
Conhecimento sobre técnica de tosse	2			2
Ineficácia	12			12
<b>Ferida</b>	<b>14</b>	<b>3</b>		<b>17</b>
Conhecimento sobre prevenção das complicações da ferida	2	2		4
Presente	12	1		13
<b>Ferida Cirúrgica</b>	<b>42</b>	<b>23</b>		<b>65</b>
Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	7	12		19
Presente	35	11		46
<b>Ferida Traumática</b>	<b>30</b>	<b>9</b>		<b>39</b>
Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	4	3		7
Presente	26	6		32
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>117</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	6	5		11
Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	9	2	1	12
Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	15	9		24
Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	4			4
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	11	5	1	17
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hiperglicemia	1			1
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia capilar	1			1
Conhecimento sobre fisiopatologia da doença	1	2		3
Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	7	4		11
Conhecimento sobre hábitos alimentares	5	2		7
Conhecimento sobre hábitos de exercício	2	3		5
Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações	1			1
Conhecimento sobre regime medicamentoso	9	2		11
Conhecimento sobre sinais de hiperglicemia capilar	1			1
Conhecimento sobre sinais de hipoglicemia capilar	1			1
Eficácia	6	1		7
<b>Levantar-se</b>	<b>25</b>	<b>37</b>		<b>62</b>
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	3	10		13
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	3	3		6
Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	3	10		13
Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	4	3		7
Dependência	12	11		23
<b>Limpeza das Vias Aéreas</b>	<b>53</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>73</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	6	3		9
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre inaloterapia	1			1

Aprendizagem de Habilidades sobre inaloterapia	1	1		2
Capacidade (2.0) para tossir	6	1		7
Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	10	3	1	14
Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	5	2	1	8
Conhecimento sobre inaloterapia	1	2		3
Conhecimento sobre técnica da tosse	6	1		7
Eficácia	17	2	3	22
<b>Maceração</b>	<b>24</b>	<b>13</b>		<b>37</b>
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	7	5		12
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	10	6		16
Maceração	7	2		9
<b>Movimento muscular</b>	<b>159</b>	<b>137</b>	<b>7</b>	<b>303</b>
Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	6	4		10
Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	34	45		79
Comprometido	71	40	7	118
Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	6	4		10
Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	34	40		74
Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	8	4		12
<b>Obstipação</b>	<b>39</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>47</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a obstipação		1		1
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a obstipação	3	1		4
Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	4			4
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	12	2		14
Conhecimento sobre hábitos alimentares	1	1		2
Conhecimento sobre prevenção da obstipação	3	2		5
Conhecimento sobre sinais de obstipação	2			2
Presente	14		1	15
<b>Papel Prestador de Cuidados</b>	<b>129</b>	<b>72</b>	<b>3</b>	<b>204</b>
Adequação	25	10		35
Aprendizagem de Habilidades	15	14		29
Comportamentos de Adesão	5	1	1	7
Conflito	4	1		5
Conhecimento do Papel	48	43	2	93
Consenso	4			4
Envolvimento na interação com a pessoa dependente	23	3		26
Saturação do Papel	5			5
<b>Pé Equino</b>	<b>4</b>	<b>2</b>		<b>6</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	2	1		3
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	2	1		3
<b>Posicionar-se</b>	<b>117</b>	<b>48</b>	<b>3</b>	<b>168</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	4	1		5
Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	7	7		14
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	20	11		31
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	5	1		6
Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	24	12	2	38
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	5	2		7
Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar	3	1		4
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	8	6		14
Dependência	7			7
Posicionar-se	34	7	1	42
<b>Rigidez Articular</b>	<b>27</b>	<b>31</b>		<b>58</b>
Anquilose	5			5
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	3	10		13
Aprendizagem de Habilidades do PC sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	5	4		9
Aprendizagem de Habilidades sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1			1
Capacidade (2.0) sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1	1		2
Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	7	5		12
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	4	9		13
Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos		1		1
Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1			1
Conhecimento sobre prevenção da anquilose		1		1
<b>Stresse do Prestador de cuidados</b>	<b>24</b>	<b>1</b>		<b>25</b>
Bem-estar do prestador de cuidados	8	1		9
Presente	12			12

Suporte	4			4
<b>Tomar Banho (2.0)</b>	<b>70</b>	<b>34</b>		<b>104</b>
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	8	11		19
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	4	3		7
Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	15	7		22
Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	6	4		10
Dependente	37	9		46
<b>Transferir-se</b>	<b>107</b>	<b>74</b>	<b>1</b>	<b>182</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	4	3		7
Aprendizagem de Habilidades para a utilização de equipamento adaptativo para o transferir-se	1			1
Aprendizagem de Habilidades para se transferir	6	9		15
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	14	13		27
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir	4			4
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	7	3		10
Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	16	12		28
Conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir		1		1
Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir	3	1		4
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	9	13		22
Dependência	9	3	1	13
Transferir-se	34	16		50
<b>Úlcera</b>	<b>4</b>	<b>2</b>		<b>6</b>
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações		1		1
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera		1		1
Presente	4			4
<b>Úlcera Arterial</b>	<b>1</b>			<b>1</b>
Presente	1			1
<b>Úlcera de Pressão</b>	<b>175</b>	<b>349</b>	<b>57</b>	<b>581</b>
Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	6			6
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	39	24		63
Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	11	5		16
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	67	30	1	98
Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	16	7		23
Presente	36	26	11	73
Risco de Úlcera de Pressão		257	45	302
<b>Úlcera Venosa</b>	<b>5</b>			<b>5</b>
Conhecimento sobre prevenção da úlcera venosa	1			1
Conhecimento sobre prevenção de complicações da úlcera venosa	2			2
Presente	2			2
<b>Usar a Cadeira de Rodas (2.0)</b>	<b>9</b>			<b>9</b>
Capacidade (2.0) para usar a cadeira de rodas	1			1
Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso da cadeira de rodas	2			2
Conhecimento sobre usar a cadeira de rodas	1			1
Dependência	5			5
<b>Usar o Sanitário (2.0)</b>	<b>67</b>	<b>28</b>		<b>95</b>
Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	2	4		6
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	8	5		13
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	4	4		8
Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	9	3		12
Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário	2			2
Conhecimento do PC sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	6	1		7
Conhecimento sobre auto cuidado: uso do sanitário	1			1
Conhecimento sobre equipamento adaptativo para usar o sanitário	2	2		4
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	3	3		6
Dependência	2	1		3
Usar o Sanitário (2.0)	28	5		33
<b>Vestir-se ou Despir-se (2.0)</b>	<b>61</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>80</b>
Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	4	2		6
Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	8	4		12
Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se vestir ou despir	1	2		3
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	10	3		13
Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se vestir ou despir	3			3
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	4	4		8
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	31	3	1	35
<b>Total Geral</b>	<b>1877</b>	<b>1257</b>	<b>106</b>	<b>3240</b>

LEGENDA: 0=manteve; 1=melhorou; -1=piorou

## ANEXO 6 – Lista dos indicadores por focos e domínios

Foco	Juízo /Diagnóstico	Ganho	Indicador: Foco	Indicador: Domínio
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Úlcera	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	-1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos de exercício	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Capacidade (2.0) para usar a cadeira de rodas	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Conhecimento sobre usar a cadeira de rodas	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep

Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida	Conhecimento sobre prevenção das complicações da ferida	1	Tegumento	ConhD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	0	Tegumento	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Auto-Administração de Medicamentos	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento sobre técnica de autoadministração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculartoarticulares passivos assistidos	0	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	1	Movimento muscular	CapD



Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	0	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Maceração	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	-1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Anquilose	0	Movimento articular	CondicaoD
Rigidez Articular	Conhecimento sobre prevenção de anquilose	1	Movimento articular	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	-1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para arranjar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Arranjar-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre arranjar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep

AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento sobre prevenção da obstipação	1	Eliminação Intestinal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	1	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	1	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre fisiopatologia da doença	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Autoadministração de Medicamentos	Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de insulina	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC

Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	Condicaod
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	0	Tegumento	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	Condicaod
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	Condicaod
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Consenso	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	Condicaod
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	Condicaod
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	-1	Limpeza das Vias Aéreas	Condicaod
Rigidez Articular	Anquilose	0	Movimento articular	Condicaod
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	Condicaod
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	Condicaod
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	Condicaod
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	Condicaod
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	Condicaod
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	0	Tegumento	Condicaod
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	Condicaod
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Autoadministração de Medicamentos	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Autoadministração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	Condicaod
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	Condicaod
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento articular	CapD
Rigidez Articular	Capacidade (2.0) sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento articular	CapD
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	Condicaod
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	1	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	1	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	0	Tegumento	Condicaod
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC

Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	-1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	1	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	-1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Rigidez Articular	Anquilose	0	Movimento articular	CondicaoD
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	0	Movimento articular	ConhPC
Deglutição	Compromisso	0	OUTRO	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	1	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	1	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	1	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Deglutição	Compromisso	0	OUTRO	CondicaoD
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep

Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	1	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento muscular	ConhPC

Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Dependência	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	0	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	1	Eliminação Intestinal	ConhPC
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre sinais de hiperglicemia capilar	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre sinais de hipoglicemia capilar	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	0	Movimento articular	CapPC
Pé Equino	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	0	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	1	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento muscular	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conflito	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conflito	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco

Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	0	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	-1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	Eliminação Intestinal	ConhD
Obstipação	Conhecimento sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhD
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC

Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Deambular	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculartoarticulares passivos assistidos	0	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculartoarticulares passivos e assistidos	0	Movimento muscular	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	-1	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Maceração	Maceração	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera Venosa	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera Venosa	Conhecimento sobre prevenção de complicações da úlcera venosa	0	Tegumento	ConhD
Úlcera Venosa	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos de exercício	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep



Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para arranjar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Arranjar-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre arranjar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades para se alimentar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Alimentar-se	Conhecimento sobre hábitos alimentares	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Alimentar-se	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos de exercício	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	0	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC

Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Auto-Administração de Medicamentos	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de auto-administração de medicamentos	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento sobre técnica de auto-administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Negligência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Stress do Prestador de cuidados	Suporte	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Presente	-1	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Suporte	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Posicionar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	0	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Alimentar-se	Alimentar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD

Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	1	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conflito	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco

Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos de exercício	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	0	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para usar o sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Alimentar-se	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhD
Obstipação	Conhecimento sobre sinais de obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD

Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para usar o sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	-1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento sobre hábitos alimentares	1	Eliminação Intestinal	ConhD
Obstipação	Conhecimento sobre prevenção da obstipação	1	Eliminação Intestinal	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Auto - Vigilância	Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para proceder a vigilância da glicemia capilar	0	OUTRO	CapPC
Auto - Vigilância	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	0	OUTRO	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep

Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Auto-Administração de Medicamentos	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de auto-administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento sobre técnica de auto-administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Deglutição	Compromisso	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	0	Movimento articular	CapPC
Pé Equino	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	0	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	0	Movimento articular	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	-1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conflito	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel

Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	-1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Consenso	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Saturação do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Auto-Administração de Medicamentos	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	1	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hiperglicemia	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia capilar	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Auto - Vigilância	Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para proceder a vigilância da glicemia capilar	0	OUTRO	CapPC
Auto - Vigilância	Conhecimento sobre auto-vigilância glicemia capilar	0	OUTRO	ConhD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se levantar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para usar o sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC

Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Arranjar-se (2.0)	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Confusão	Presente	1	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se levantar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para usar o sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Consenso	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera Arterial	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD



Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	0	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	-1	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conflito	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Consenso	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Saturação do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Suporte	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Saturação do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	0	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a obstipação	0	Eliminação Intestinal	CapPC
Auto - Vigilância	Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para proceder a vigilância da glicemia capilar	0	OUTRO	CapPC
Auto - Vigilância	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	0	OUTRO	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	0	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	1	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	ConhD

Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre alimentação	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para usar o sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	1	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso da cadeira de rodas	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Rigidez Articular	Anquilose	0	Movimento articular	CondicaoD
Rigidez Articular	Capacidade (2.0) sobre exercícios músculo articulares ativos	1	Movimento articular	CapD
Rigidez Articular	Conhecimento sobre exercícios músculo articulares ativo	1	Movimento articular	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC

Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre fisiopatologia da doença	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Ferida	Conhecimento sobre prevenção das complicações da ferida	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Obstipação	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a obstipação	0	Eliminação Intestinal	CapPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	1	Tegumento	ConhD
Ferida Traumática	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia	-1	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	-1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Posicionar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco

Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso da cadeira de rodas	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	0	Movimento muscular	ConhD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculartoarticulares ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	-1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	0	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD

Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	1	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	1	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Auto Cuidado: Beber	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de ingestão de líquidos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a obstipação	1	Eliminação Intestinal	CapPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	1	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	1	Movimento articular	CapPC
Pé Equino	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	1	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exerc. musculoesqueléticos passivos assistidos	0	Movimento muscular	CapPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento muscular	ConhPC
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	-1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD

Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercicios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Deambular	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercicios musculoesqueléticos passivos e assist	0	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercicios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercicios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercicios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento sobre sinais de obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Auto - Vigilância	Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para proceder a vigilância da glicemia capilar	1	OUTRO	CapPC
Auto - Vigilância	Aprendizagem de habilidades para proceder a auto-vigilância da glicemia capilar	0	OUTRO	CapD
Auto - Vigilância	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar	1	OUTRO	ConhPC
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC

Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	1	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Levantar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Levantar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre levantar a pessoa	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Levantar-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	0	Movimento articular	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	0	AUTO CUIDADO	CapPC

Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	1	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	1	Tegumento	ConhPC
Maceração	Maceração	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Limpeza das Vias Aéreas	Aprendizagem de Habilidades sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Auto-Administração de Medicamentos	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de auto-administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapD
Auto-Administração de Medicamentos	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	1	Tegumento	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Conhecimento sobre a técnica da marcha	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado	0	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Suporte	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	0	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC



Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para executar a inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades para executar inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Saturação do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida Traumática	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Demonstração	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para tomar banho	1	AUTO CUIDADO	CapD
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para tomar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Aprendizagem de Habilidades para o auto cuidado: vestuário	0	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Cirúrgica	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	1	Tegumento	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco

Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Deambular	Dependência	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera Venosa	Conhecimento sobre prevenção da úlcera venosa	0	Tegumento	ConhD
Úlcera Venosa	Conhecimento sobre prevenção de complicações da úlcera venosa	0	Tegumento	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	1	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Alimentar-se	Alimentar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	-1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	-1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Obstipação	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a obstipação	1	Eliminação Intestinal	CapPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	0	AUTO CUIDADO	ConhD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Limpeza das Vias Aéreas	Capacidade (2.0) para tossir	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre inaloterapia	1	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento sobre técnica da tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Obstipação	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	0	Eliminação Intestinal	ConhPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Ferida Cirúrgica	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	0	Tegumento	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	-1	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para a utilização de equipamento adaptativo para o transferir-se	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Transferir-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep

Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Eficácia	1	Gestão do Regime Terapêutico	CondicaoD
Expectorar	Conhecimento sobre técnica de tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Deglutição	Compromisso	0	OUTRO	CondicaoD
Deglutição	Conhecimento sobre técnica de deglutição	1	OUTRO	ConhD
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Deambular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Deambular	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	0	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	ConhD
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida	Conhecimento sobre prevenção das complicações da ferida	0	Tegumento	ConhD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida traumática	0	Tegumento	ConhD
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)	0	Gestão do Regime Terapêutico	CapPC
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapPC
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Expectorar	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
AUTO CUIDADO	Dependente	1	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Movimento muscular	Comprometido	1	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Alimentar-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Alimentar-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se alimentar	0	AUTO CUIDADO	CapD
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Aprendizagem de Habilidades para andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	CapD
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento do prestador de cuidados sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar com Auxiliar de Marcha	Conhecimento sobre andar utilizando equipamentos	1	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre exercício físico	-1	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre higiene	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Conhecimento sobre vestuário	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Transferir-se	1	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	1	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre vestir ou despir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	CapD
Equilíbrio Corporal	Compromisso	1	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Equilíbrio Corporal	Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé	1	Equilíbrio Corporal	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos de exercício	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhD
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Alimentar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para alimentar a pessoa	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC

Tomar Banho (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Capacidade para Gerir o Regime (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados para Gerir o Regime	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Capacidade (2.0) para usar equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	CapD
Transferir-se	Conhecimento sobre equipamento adaptativo para se transferir	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Usar a Cadeira de Rodas (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para auto cuidado: uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para vestir ou despir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Aprendizagem de Habilidades prestador cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assist	1	Movimento articular	CapPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	1	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	1	Movimento articular	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	1	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	1	Movimento muscular	ConhD
Ferida	Conhecimento sobre prevenção das complicações da ferida	0	Tegumento	ConhD
Ferida	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	1	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Deambular	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Equilíbrio Corporal	Compromisso	0	Equilíbrio Corporal	CondicaoD
Expectorante	Aprendizagem de habilidades sobre técnica de tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	CapD
Expectorante	Conhecimento sobre técnica de tosse	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhD
Expectorante	Ineficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Anquilose	0	Movimento articular	CondicaoD
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Rigidez Articular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento articular	ConhD
Deglutição	Compromisso	0	OUTRO	CondicaoD
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Alimentar-se	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Deglutição	Compromisso	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Saturação do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir no uso do sanitário	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Comportamentos de Adesão	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Ferida Traumática	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Maceração	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0	Tegumento	CapPC
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) para a prevenção de úlceras de pressão	0	Tegumento	CapD
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	1	Tegumento	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Confusão	Presente	0	OUTRO	CondicaoD
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	0	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Papel Prestador de Cuidados	Envolvimento na interação com a pessoa dependente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	0	AUTO CUIDADO	ConhD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Arranjar-se (2.0)	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Stress do Prestador de cuidados	Bem-estar do prestador de cuidados	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Stress do Prestador de cuidados	Presente	0	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Ferida	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Ferida Traumática	Presente	1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Presente	0	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Andar	Capacidade (2.0) para a marcha	0	AUTO CUIDADO	CapD
Andar	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir a andar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Andar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Andar	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir	1	AUTO CUIDADO	ConhPC
Movimento muscular	Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	0	Movimento muscular	CapD
Movimento muscular	Comprometido	0	Movimento muscular	CondicaoD
Movimento muscular	Conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos	0	Movimento muscular	ConhD
Papel Prestador de Cuidados	Adequação	1	Papel Prestador de Cuidados	Papel
Papel Prestador de Cuidados	Aprendizagem de Habilidades	1	Papel Prestador de Cuidados	CapPC
Papel Prestador de Cuidados	Conhecimento do Papel	1	Papel Prestador de Cuidados	ConhPC
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0	Tegumento	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Úlcera de Pressão	Presente	-1	Tegumento	CondicaoD
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	-1	Tegumento	UP_Risco
AUTO CUIDADO	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Auto Cuidado: Higiene	Dependência	0	AUTO CUIDADO	Dep
Posicionar-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para posicionar	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar	0	AUTO CUIDADO	ConhPC
Posicionar-se	Posicionar-se	0	AUTO CUIDADO	Dep
Tomar Banho (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para dar banho	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Tomar Banho (2.0)	Dependente	0	AUTO CUIDADO	Dep
Transferir-se	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para transferir	0	AUTO CUIDADO	CapPC
Transferir-se	Transferir-se	0	AUTO CUIDADO	Dep

Usar o Sanitário (2.0)	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário	1	AUTO CUIDADO	CapPC
Usar o Sanitário (2.0)	Usar o Sanitário (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Vestir-se ou Despir-se (2.0)	Vestir-se ou Despir-se (2.0)	0	AUTO CUIDADO	Dep
Obstipação	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir a obstipação	0	Eliminação Intestinal	CapPC
Obstipação	Presente	0	Eliminação Intestinal	CondicaoD
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	0	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso	-1	Gestão do Regime Terapêutico	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia	0	Limpeza das Vias Aéreas	ConhPC
Limpeza das Vias Aéreas	Eficácia	0	Limpeza das Vias Aéreas	CondicaoD
Rigidez Articular	Conhecimento do prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	0	Movimento articular	ConhPC
Úlcera de Pressão	Capacidade (2.0) do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	1	Tegumento	CapPC
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco
Úlcera de Pressão	Risco de Úlcera de Pressão	1	Tegumento	UP_Risco



## ANEXO 7 – Autorização para a realização da investigação



ULSM 24/11/10 3171 SAIDA

Ex.º Senhor

Prof. Adjunto António Carlos Lopes Vilela

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, S/N

4200-072 PORTO

Vossa Referência  
V/Carta de 28-09-2010

Nossa Referência  
CA/PV

**Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo de investigação "Impacte do modelo de implementação das Equipas de Cuidados Integrados: Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem"**

Em resposta ao ofício de V. Ex.ª, serve o presente para informar que a realização do estudo mencionado em epígrafe foi aprovada de acordo com deliberação do Conselho de Administração de 16 de Novembro de 2010, atendendo ao parecer favorável da Comissão de Ética da U.L.S.M., E.P.E..

Cumprimentos,

A Enfermeira Directora

  
(Margarida Filipe)



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.  
Rua Dr. Eduardo Forbes - 4464-513 Senhora da Hora  
Geral :: 22 939 10 00 | Administração :: 22 939 16 50 | Fax Admin. :: 22 939 16 54  
Email :: ca@ulsm.mh-saude.pt

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | Rua Dr. Eduardo Forbes - 4464-513 Senhora da Hora | Contribuinte n.º 506 361 390 | Capital Social 29 970 000 €





## ANEXO 8 – Tabelas de caracterização dos participantes nas entrevistas

### Caracterização geral dos participantes nas entrevistas

Participantes	Caracterização geral							
	Cliente que participou na entrevista	Local atual de prestação de cuidados	Dias de internamento no atual local	N.º total de MFPC	Coabitação	Serviço referenciador	Dias em lista de espera	N.º de referências
1PM	MFPC	Medicina	20	4	Sim	Medicina	4	2
2DM	Dependente	Medicina	22	2	Sim	Medicina	16	1
3PM	MFPC	Medicina	29	3	Sim	Medicina	15	2
4PM	MFPC	Medicina	38	1	Não, mas vai passar	Medicina	15	1
5DC	Dependente	Cirurgia	16	5	Sim	Cirurgia	4	2
6PC	MFPC	/	/	/	/	/	/	/
7PC	MFPC	Cirurgia	31	1	Sim	Cirurgia	6	1
8PE	MFPC	ECCI	35	2	Sim	Medicina	19	1
9PE	MFPC	ECCI	379	2	Sim	USF	115	1
10PE	MFPC	ECCI	320	1	Sim	Medicina	21	1
11PE	MFPC	ECCI	49	2	Sim	Medicina	7	2

LEGENDA: P=Prestador de Cuidados; D=Dependente; M=Medicina; C=Cirurgia; E=ECCI

### Caracterização das pessoas dependentes participantes nas entrevistas

Participantes	Caracterização relativa à pessoa dependente						
	Freguesia	Sexo	Idade	Nacionalidade	Profissão	Habilitações literárias	Estado civil
1PM	Matosinhos	Masculino	77	Portuguesa	Reformado	Não sabe ler, nem escrever	Casado(a) / União de Facto
2DM	Santa Cruz do Bispo	Masculino	78	Portuguesa	Reformado	Não sabe ler, nem escrever	Casado(a) / União de Facto
3PM	Leça do Balio	Feminino	98	Portuguesa	Reformado	Não sabe ler, nem escrever	Viúvo(a)
4PM	Leça da Palmeira	Feminino	71	Portuguesa	Reformado	Menos de 4 anos de escolaridade	Viúvo(a)
5DC	Custóias	Masculino	69	Portuguesa	Reformado	4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto
6PC	/	/	/	/	/	/	/
7PC	Matosinhos	Masculino	94	Portuguesa	Reformado	Não sabe ler, nem escrever	Viúvo(a)
8PE	São Mamede de Infesta	Masculino	77	Portuguesa	Reformado	4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto
9PE	Senhora da Hora	Masculino	19	Portuguesa	Invalidez (deficiência)	Não sabe ler, nem escrever	Solteiro(a)
10PE	Matosinhos	Feminino	81	Portuguesa	Reformado	4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto
11PE	Lavra	Feminino	86	Portuguesa	Reformado	Não sabe ler, nem escrever	Viúvo(a)

LEGENDA: P=Prestador de Cuidados; D=Dependente; M=Medicina; C=Cirurgia; E=ECCI

## Caracterização dos MFPC participantes nas entrevistas

Participantes	Caracterização relativa ao MFPC									
	Freguesia	Sexo	Idade	Nacionalidade	Profissão	Habilitações literárias	Estado civil	N.º de dependentes a cargo	Experiência anterior como cuidador	Grau de parentesco com o dependente
<b>1PM</b>	Matosinhos	Feminino	74	Portuguesa	Reformado	Menos de 4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto	1	Sim	Cônjuge
<b>2DM</b>	Santa Cruz do Bispo	Feminino	77	Portuguesa	Reformado	Não sabe ler, nem escrever	Casado(a) / União de Facto	1	Não	Cônjuge
<b>3PM</b>	Leça do Balio	Feminino	61	Portuguesa	Doméstica	4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto	1	Sim	Filho(a)
<b>4PM</b>	Matosinhos	Feminino	50	Portuguesa	Empregada de Limpeza	4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto	1	Não	Filho(a)
<b>5DC</b>	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>6PC</b>	Custóias	Masculino	21	Portuguesa	Desempregado	12º ano	Solteiro(a)	2	Sim	Neto
<b>7PC</b>	Matosinhos	Feminino	57	Portuguesa	Empregada de Balcão	4 anos de escolaridade	Separado(a) / Divorciado(a)	1	Sim	Filho(a)
<b>8PE</b>	São Mamede de Infesta	Feminino	53	Portuguesa	Empresária	Licenciatura	Viúvo(a)	1	Sim	Filho(a)
<b>9PE</b>	Senhora da Hora	Feminino	45	Portuguesa	Doméstica	9º ano	Casado(a) / União de Facto	1	Sim	Mãe
<b>10PE</b>	Matosinhos	Masculino	85	Portuguesa	Reformado	6 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto	1	Sim	Cônjuge
<b>11PE</b>	Perafita	Feminino	65	Portuguesa	Doméstica	4 anos de escolaridade	Casado(a) / União de Facto	1	Sim	Nora

**LEGENDA:** P=Prestador de Cuidados; D=Dependente; M=Medicina; C=Cirurgia; E=ECCL

## ANEXO 9 – Análise de conteúdo às entrevistas: unidades de contexto e unidades de registo

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Satisfação dos Clientes com a ECCI	0	0	
1 ACESSO AOS CUIDADOS	0	0	
Formas de acesso	5	8	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,55% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,65% Cobertura]  Referência 1 - 1,09% Cobertura  Lá nisto eles (a ECCI) dizem, qualquer coisa vocês telefonem! E a gente já somos conhecidas... O atendimento também é cinco estrelas!  Referência 2 - 0,56% Cobertura  (forma de contactos) É por telefone. Lá nisto eles são incansáveis.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,48% Cobertura]  Referência 1 - 1,48% Cobertura  E se eu também tivesse o contacto deles, aí também me facilitava um bocado em caso nem que fosse de perguntar sobre alguma dúvida que tivesse.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,26% Cobertura]  Referência 1 - 3,14% Cobertura  (sobre formas e estratégias de contacto) Existe! Pela minha parte, tenho o contacto da Enfermeira e ligo-lhe. Já lhe liguei nas férias, não sabia! Tenho o telefone dela e, qualquer situação, ligo. Às vezes com uma dúvida até que me aparece, eu ligo-lhe. Nem que seja por um sistema de enfermagem, que não tenha nada a ver com ela, eu estou-lhe a ligar. E ela nunca me recusou chamadas rigorosamente nenhuma. Sempre foi muito simpática. Às vezes diz - não estou ao serviço, mas eu vou ligar para lá e eles ligam consigo. E eles ligaram. Portanto, acho que a esse nível acho que está bom. Sim!  Referência 2 - 1,12% Cobertura  Eu não tenho muita razão de queixa porque eu tenho um telefone quase 24 horas da Enfermeira. Então qualquer assunto que eu precise, eu não tenho problemas em falar com as pessoas. Eu tenho um ditado que diz (...)  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,90% Cobertura]  Referência 1 - 1,58% Cobertura  (numero vezes de visita da equipa) Os enfermeiros vêm quando preciso. O [nome do filho] quando precisa basta ligar, estão logo prontos a comparecer. Estou satisfeita.  Referência 2 - 1,32% Cobertura  Eu tenho os contactos das Sras. Enfermeiras e entre uma, tenho o número pessoal onde consigo me comunicar e daí passam uns para os outros.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Disponibilidade dos enfermeiros	7	15	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,55% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre.... eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,65% Cobertura]  Referência 1 - 1,09% Cobertura  Lá nisso eles (a ECCI) dizem, qualquer coisa vocês telefonem! E a gente já somos conhecidas... O atendimento também é cinco estrelas!  Referência 2 - 0,56% Cobertura  (forma de contactos) É por telefone. Lá nisso eles são incansáveis.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 5 referências codificadas [12,84% Cobertura]  Referência 1 - 2,57% Cobertura  - os senhores enfermeiros... São muito, muito... Deus me livre! Muito bons! Tratam-no muito bem, são meiguinhos,  Referência 2 - 1,05% Cobertura  até 6ª feira são 2 - sábado e domingo vai 1.  Referência 3 - 1,71% Cobertura  esses enfermeiros que são uns anjos... acredite que são uns anjos mesmo!  Referência 4 - 2,07% Cobertura  mas tratar das feridas e pô-lo em condições, tratam sim senhora! Mas muito bem, mesmo!  Referência 5 - 5,43% Cobertura  Uma coisa que eu pedia se pudesse ser, ao sábado e domingo irem dois! À semana vão dois... de 2ª a 6ª feira. E ao sábado e domingo só vai um. Mas ele está tão mal agora... são duas pessoas para o virar. Faça-me esse favor, se puder!  &lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [12,70% Cobertura]  Referência 1 - 4,78% Cobertura  Espero bem que sim! Para melhor! Actualmente os serviços, às vezes, atrasam um bocadinho mais. Os enfermeiros marcam a "xis" horas e não chegam a aparecer às horas marcadas. É inconstante.  Referência 2 - 7,92% Cobertura  Nós vivemos numa zona que é muito pacata e quase ninguém conhece e têm dificuldade a chegar a esse sítio. Têm sempre falhas... não é por nossa culpa, nem por culpa deles, mas é pelo sítio que nós estamos localizados até... dificulta um bocado isso.  Já marcaram, por exemplo, às 9 e apareceram às 10 ou às 11 horas.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,03% Cobertura]  Referência 1 - 1,03% Cobertura  aí também me facilitava um bocado em caso nem que fosse de perguntar sobre alguma dúvida que tivesse.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,26% Cobertura]  Referência 1 - 3,14% Cobertura  (sobre formas e estratégias de contacto) Existe! Pela minha parte, tenho o contacto da Enfermeira e ligo-lhe. Já lhe liguei nas férias, não sabia! Tenho o telefone dela e, qualquer situação, ligo. Às vezes com uma dúvida até que me aparece, eu ligo-lhe. Nem que seja por um sistema de enfermagem, que não tenha nada a ver com ela, eu estou-lhe a ligar. E ela nunca me recusou chamadas rigorosamente nenhuma. Sempre foi muito simpática. Às vezes diz - não estou ao serviço, mas eu vou ligar para lá e eles ligam consigo. E eles ligaram. Portanto, acho que a esse nível acho que está bom. Sim!  Referência 2 - 1,12% Cobertura  Eu não tenho muita razão de queixa porque eu tenho um telefone quase 24 horas da Enfermeira. Então qualquer assunto que eu precise, eu não tenho problemas em falar com as pessoas. Eu tenho um ditado que diz (...)  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,90% Cobertura]  Referência 1 - 1,58% Cobertura  (numero vezes de visita da equipa) Os enfermeiros vêm quando preciso. O [nome do filho] quando precisa basta ligar, estão logo prontos a comparecer. Estou satisfeita.  Referência 2 - 1,32% Cobertura  Eu tenho os contactos das Sras. Enfermeiras e entre uma, tenho o número pessoal onde consigo me comunicar e daí passam uns para os outros.</p>
Suporte de cuidados domiciliários que recusa	0	0	
Não quer Apoio Domiciliário para Banho	1	1	<p>&lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [32,22% Cobertura]  Referência 1 - 32,22% Cobertura  Em troca de impressões sobre o caso, com o Sr. Enfermeiro, detectámos que existem vários casos, inclusive este, que recusam os cuidados de Dar Banho, efectuados por assistentes operacionais - preferindo ser os próprios familiares a fazê-lo e sugerindo que são as pessoas mais velhas e talvez pelo pudor, que o recusam.</p>
Não quer visita de voluntários	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [3,81% Cobertura]  Referência 1 - 0,35% Cobertura  (que profissionais espera) Enfermeira de reabilitação já cá vem.  Referência 2 - 2,99% Cobertura  Agora a este nível, uma enfermeira de reabilitação começa por ter um curso de enfermagem e depois uma especialização em reabilitação. Portanto quando ela está aqui, foi o que eu lhe disse (à enfermeira) ao bocado, "X" (Enfermeira) a algalia, ok. Portanto, ela não é uma fisioterapeuta, ela é uma enfermeira de reabilitação. Mas percebe das coisas todas! Que eu saiba ela licenciou-se primeiro em enfermagem e depois fez uma especialização. Portanto, uma pessoa vai-lhe dizendo, ou está mais assim, ou está mais assado e ela vai dando ideias e elas são impecáveis.  Referência 3 - 0,47% Cobertura  É assim. Especificamente neste caso, nós temos as enfermeiras para a reabilitação motora.</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Prontidão de resposta	5	7	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,55% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,65% Cobertura]  Referência 1 - 1,09% Cobertura  Lá nisso eles (a ECCI) dizem, qualquer coisa vocês telefonem! E a gente já somos conhecidas... O atendimento também é cinco estrelas!  Referência 2 - 0,56% Cobertura  (forma de contactos) É por telefone. Lá nisso eles são incansáveis.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,03% Cobertura]  Referência 1 - 1,03% Cobertura  aí também me facilitava um bocado em caso nem que fosse de perguntar sobre alguma dúvida que tivesse.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,14% Cobertura]  Referência 1 - 3,14% Cobertura  (sobre formas e estratégias de contacto) Existe! Pela minha parte, tenho o contacto da Enfermeira e ligo-lhe. Já lhe liguei nas férias, não sabia! Tenho o telefone dela e, qualquer situação, ligo. Às vezes com uma dúvida até que me aparece, eu ligo-lhe. Nem que seja por um sistema de enfermagem, que não tenha nada a ver com ela, eu estou-lhe a ligar. E ela nunca me recusou chamadas rigorosamente nenhuma. Sempre foi muito simpática. Às vezes diz - não estou ao serviço, mas eu vou ligar para lá e eles ligam consigo. E eles ligaram. Portanto, acho que a esse nível acho que está bom. Sim!  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,55% Cobertura]  Referência 1 - 1,58% Cobertura  (numero vezes de visita da equipa) Os enfermeiros vêm quando preciso. O [nome do filho] quando precisa basta ligar, estão logo prontos a comparecer. Estou satisfeita.  Referência 2 - 0,97% Cobertura  Sim, sim. Se não há uma há outra, uma pessoa tem sempre ligação e eles transmitem uns para os outros.</p>
Tipo de profissionais esperados na ECCI	0	0	
Enfermeiro	0	0	
Enfermeiro de Cuidados Gerais	7	9	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,55% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,69% Cobertura]  Referência 1 - 1,21% Cobertura  Em princípio só vem a enfermagem. O médico se vier é do Centro de Saúde. Agora, não sei se temos direito a vir algum médico desta equipa. Não sei.  Referência 2 - 0,47% Cobertura  (numero de enfermeiros, um por visita, é suficiente) Sim.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,76% Cobertura]  Referência 1 - 0,76% Cobertura  Espero que lá vão enfermeiros..  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,44% Cobertura]  Referência 1 - 0,44% Cobertura  Enfermeiros  &lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,79% Cobertura]  Referência 1 - 0,79% Cobertura  (...) essencialmente enfermeiros.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,94% Cobertura]  Referência 1 - 1,94% Cobertura  Eu penso que, talvez, enfermeiros... é capaz de já chegar. Mas se às vezes houver uma coisa mais complicada e se poder ser também um médico... eu também agradeço imenso, não é. Isso é verdade!  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,27% Cobertura]  Referência 1 - 3,95% Cobertura  (sobre a ausência de necessidade de idas à urgência) Exacto, porque eu chamava o médico, mas como não tinha quem lhe administrasse qualquer tipo de antibiótico endovenoso, era mais complicado e tinha que ir ao Hospital e então quando era para ser antibiótico através de veia tinha que ficar internado, mas agora felizmente o médico se achar que ele deve tomar o antibiótico através das veias, é só chamar (a ECCI).  Referência 2 - 1,32% Cobertura  (outros profissionais que espera que lhe prestem serviços) Tenho enfermeiros, tenho terapeuta de fisio e de reabilitação (fisioterapeuta).</p>
Enfermeiro de Reabilitação	1	3	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [3,81% Cobertura]  Referência 1 - 0,35% Cobertura  (que profissionais espera) Enfermeira de reabilitação já cá vem.  Referência 2 - 2,99% Cobertura  Agora a este nível, uma enfermeira de reabilitação começa por ter um curso de enfermagem e depois uma especialização em reabilitação. Portanto quando ela está aqui, foi o que eu lhe disse (à enfermeira) ao bocado, "X" (Enfermeira) a algália, ok. Portanto, ela não é uma fisioterapeuta, ela é uma enfermeira de reabilitação. Mas percebe das coisas todas! Que eu saiba ela licenciou-se primeiro em enfermagem e depois fez uma especialização. Portanto, uma pessoa vai-lhe dizendo, ou está mais assim, ou está mais assado e ela vai dando ideias e elas são impecáveis.  Referência 3 - 0,47% Cobertura  É assim. Especificamente neste caso, nós temos as enfermeiras para a reabilitação motora.</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Fisioterapeuta	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [5,48% Cobertura]  Referência 1 - 0,77% Cobertura  Entretanto teve uma recaída e acabou... as fisioterapias, tanto da Fala como da mobilidade e, pronto, ... voltamos outra vez a estar com o serviço.  Referência 2 - 4,24% Cobertura  Gostaria que ele tivesse mais recuperação a nível vocal, que conseguisse exprimir algumas palavras...isso eu gostava, para poder entendê-lo melhor!  Eu sou a pessoa que o entende melhor, porque eu vou por associações. Eu sei que se lhe disser que tenho uma reunião, eu sei que, quando chegar a casa, ele vai-me perguntar como é que correu a reunião. Então... às vezes, eu não chego lá à primeira mas eu digo sempre: estás falar de quem? É de ti, é da mãe ou de mim? Se ele diz que é de mim, eu digo o que é que queres saber? (... explora a forma de comunicar com o pai). Por exemplo, ela (a mãe) hoje tem um tratamento, ela fez uma ferida na perna. E ele mal ela chega ele pergunta-me logo - quer saber! O falar era, para mim pessoalmente, uma coisa muito importante. O resto é as contingências da vida.  Referência 3 - 0,47% Cobertura  Já falei da fala, para ele acho que era óptimo ter alguém com terapia da fala, em casa.</p>
Médico	5	6	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,93% Cobertura]  Referência 1 - 1,21% Cobertura  Em princípio só vem a enfermagem. O médico se vier é do Centro de Saúde. Agora, não sei se temos direito a vir algum médico desta equipa. Não sei.  Referência 2 - 3,71% Cobertura  Eu gostava que viesse aqui um médico ou uma médica para ver o estado dela, mas se for isso tem que vir a do Centro de Saúde, a médica dela!?  A equipa diz que para já não precisa que a médica venha, só pode dizer realmente quando for preciso, mas até agora não é preciso ela vir aqui.  Gostava que viesse uma médica juntamente com a equipe quando ela precisasse, mas se não poder ser, tem que ser esta que está aqui (a médica de família), a de lá.  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,99% Cobertura]  Referência 1 - 0,99% Cobertura  e o médico se ela precisar.  &lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,72% Cobertura]  Referência 1 - 2,72% Cobertura  A médica de família costuma ir vê-lo... uma vez por semana, ou uma vez por mês... conforme o que for preciso.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,94% Cobertura]  Referência 1 - 1,94% Cobertura  Eu penso que, talvez, enfermeiros... é capaz de já chegar. Mas se às vezes houver uma coisa mais complicada e se poder ser também um médico... eu também agradeço imenso, não é. Isso é verdade!  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [5,31% Cobertura]  Referência 1 - 5,31% Cobertura  (outros profissionais que espera que lhe prestem serviços) Tenho enfermeiros, tenho terapeuta de fisio e de reabilitação (fisioterapeuta). Só se fosse o médico que assim escusava de estar a pagar, porque a médica de família como é fora da área, porque o meu Centro de Saúde pertence a S. Mamede e como é de S. Mamede e eu vivo no lado da Freguesia da Srª da Hora, a médica não pode passar para o lado de cá, só por isso e ela não pode fazer domicílio, porque se ela pudesse vir ao domicílio já não chamava o particular, só isso. Mas na rede não há médicos.</p>
Nutricionista	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,42% Cobertura]  Referência 1 - 5,42% Cobertura  O comer vou-lhe dando, vou fazendo eu ao Sábado. Veio cá uma senhora nutricionista e que deu um programa do que ela havia de comer e eu dentro daquilo faço. Eu faço-lhe a sopa com muitos legumes, umas vezes faço com vitela, outras vezes com frango, outras vezes com peru, com peixe, às vezes com ovos, dentro do programa que me disseram, e fruta elas mandaram me dar-lhe peça e meia de fruta da época. Eu ainda hoje lhe dei quatro peças. Cozo e vai, ela come. Pois é, vai tolerando.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,19% Cobertura]  Referência 1 - 2,19% Cobertura  A nutricionista também já cá veio. Já veio, por acaso estávamos a cumprir tudo direitinho, mas há sempre alguma coisa - altere ali ou altere acolá e, por acaso, foi necessário mesmo porque ele estava terrivelmente obstipado e mudamos-lhe alguma coisa da medicação e fizemos aí um remédio caseiro que deu resultado! Graças a Deus, porque estava a ser muito complicado e estava a ver que tinha de ir para o hospital.</p>
Técnico de Serviço Social	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,41% Cobertura]  Referência 1 - 1,41% Cobertura  A Assistente Social tem vindo, ainda ontem cá veio, porque acaso é uma simpatia também. É uma simpatia, não há dúvida nenhuma.</p>
Técnicos de Apoio Domiciliário para Banho	3	3	<p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,39% Cobertura]  Referência 1 - 3,39% Cobertura  E o banho também é uma ajuda boa! É muito bom ter estas pessoas que ajudam a gente, não é?  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,54% Cobertura]  Referência 1 - 0,54% Cobertura  Eu. A minha mãe. Depois temos o apoio domiciliário que vem dar a higiene pessoal - só para a higiene.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,80% Cobertura]  Referência 1 - 3,80% Cobertura  Tem uma mais-valia, está muito melhor amparado a nível de enfermagem, de cuidados que ele precise, a nível de higiene também não tinha e (agora) tenho. Era só eu que tratava dele, agora uma vez por semana tenho a ajuda da auxiliar da equipe. Tinha direito a duas, só que o meu [nome do filho] faz muitas infecções pulmonares e como faço a higiene diária, pelo menos uma vez vai a um banho profundo.</p>



Terapeuta da Fala	1	3	<p>&lt;Internos\8PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [5,48% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,77% Cobertura Entretanto teve uma recaída e acabou... as fisioterapias, tanto da Fala como da mobilidade e, pronto, ... voltamos outra vez a estar com o serviço.</p> <p>Referência 2 - 4,24% Cobertura Gostaria que ele tivesse mais recuperação a nível vocal, que conseguisse exprimir algumas palavras...isso eu gostava, para poder entendê-lo melhor! Eu sou a pessoa que o entende melhor, porque eu vou por associações. Eu sei que se lhe disser que tenho uma reunião, eu sei que, quando chegar a casa, ele vai-me perguntar como é que correu a reunião. Então... às vezes, eu não chego lá à primeira mas eu digo sempre: estás falar de quem? É de ti, é da mãe ou de mim? Se ele diz que é de mim, eu digo o que é que queres saber? (... explora a forma de comunicar com o pai). Por exemplo, ela (a mãe) hoje tem um tratamento, ela fez uma ferida na perna. E ele mal ela chega ele pergunta-me logo - quer saber! O falar era, para mim pessoalmente, uma coisa muito importante. O resto é as contingências da vida.</p> <p>Referência 3 - 0,47% Cobertura Já falei da fala, para ele acho que era óptimo ter alguém com terapia da fala, em casa.</p>
-------------------	---	---	--

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
<b>2 ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES NOS CUIDADOS</b>	0	0	
Envolvimento e participação do PC nos cuidados	1	1	<p>&lt;Internos\BPC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,18% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,18% Cobertura</p> <p>Mesmo a "X" ensinou-me e diz: "olhe tem de fazer assim". Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! E ele colabora comigo também, na mesma, não tenho assim problemas. Eu acho que ele melhora, quanto mais não chega quando eu digo - vêm aí as meninas e tal! Eu brinco um bocadinho com ele.</p> <p>(sobre o serviço) Acho ótima (repete), sinceramente acho ótima!</p>
<b>3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPERADOS NA ECCI</b>	0	0	
CUIDADOS DE CONFORTO E QUALIDADE DE VIDA DO DEPENDENTE	0	0	
Administração de Fármacos	2	4	<p>&lt;Internos\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,55% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,29% Cobertura</p> <p>Por causa da sonda e da algália também, porque a cada passo ganha as infecções, também derivado da algália. Tem andado com a medicação sempre certinha. (...)</p> <p>Referência 2 - 5,26% Cobertura</p> <p>Agora está também a tomar a medicação mais fraca, porque ela estava a tomar a medicação mais forte e, se calhar, foi isso que lhe deu, começou assim... uma espécie de sangrar, que não era bem o sangrar...não sei bem. Sei que a medicação estava a ser muito forte e ela como já estava a ficar muito em baixo, muito fraca. Foi por isso que eles agora aptaram por lhe tirar a medicação toda e reduzi-la muito para baixo. Não ser a medicação tão forte, ser mais baixinha. E ela agora tem-se mantido mais calma. Notava que ela quando tomava a medicação, a outra antes, que até a sentia mais acelerada e a medicação não estava bem ajustada. (...)</p> <p>&lt;Internos\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,69% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,95% Cobertura</p> <p>(sobre a ausência de necessidade de idas à urgência) Exacto, porque eu chamava o médico, mas como não tinha quem lhe administrasse qualquer tipo de antibiótico endovenoso, era mais complicado e tinha que ir ao Hospital e então quando era para ser antibiótico através de veia tinha que ficar internado, mas agora felizmente o médico se achar que ele deve tomar o antibiótico através das veias, é só chamar (a ECCI).</p> <p>Referência 2 - 2,75% Cobertura</p> <p>(sobre percepção de necessidades de cuidados de enfermagem) De enfermagem, preciso de ver se quando as úlceras estão a piorar, quando eu sinto que não está ali alguma coisa bem eu ligo com elas, elas vêm avaliar e aí dão o parecer delas. E quando preciso que lhe administrem antibiótico.</p>
Cuidados a Gastrostomia Percutânea (PEG)	2	3	<p>&lt;Internos\BPC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,06% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,06% Cobertura</p> <p>Tem uma PEG.</p> <p>&lt;Internos\9PC_NC&gt; - § 2 referências codificadas [7,94% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,52% Cobertura</p> <p>Deglute apenas água.</p> <p>Referência 2 - 5,42% Cobertura</p> <p>Tem: PEG, fralda, não carece ser algaliado.</p>
Cuidados a SNG	1	1	<p>&lt;Internos\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,29% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,29% Cobertura</p> <p>Por causa da sonda e da algália também, porque a cada passo ganha as infecções, também derivado da algália. Tem andado com a medicação sempre certinha. (...)</p>
Cuidados a Sonda Vesical	4	4	<p>&lt;Internos\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,29% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,29% Cobertura</p> <p>Por causa da sonda e da algália também, porque a cada passo ganha as infecções, também derivado da algália. Tem andado com a medicação sempre certinha. (...)</p> <p>&lt;Internos\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,46% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,46% Cobertura</p> <p>a enfermeira que vai lá a casa devido algália</p> <p>&lt;Internos\7PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [46,43% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 46,43% Cobertura</p> <p>O enfermeiro de família vai a casa de 3-3 meses para mudança de sonda vesical.</p> <p>&lt;Internos\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,08% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,08% Cobertura</p> <p>Está algaliado.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Tratamento de Feridas	6	9	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,13% Cobertura]  Referência 1 - 2,13% Cobertura  Primeiro teve uma "chaga", são sei o nome técnico, era assim deste tamanho... (ilustra com a mão) a enfermeira que diga! Agora está do tamanho de um grão de arroz ou já está fechada, não sei.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 4 referências codificadas [10,68% Cobertura]  Referência 1 - 0,93% Cobertura  (antes da ECCI) Não, o apoio era aqui do Centro de Lavra. Vinha dia sim, dia não.  Vinhm-lhe fazer o curativo.  Referência 2 - 6,84% Cobertura  (sobre proposta para a ECCI) Não, foi através do hospital, como a minha sogra foi num aspecto grave. Mesmo... o cheiro era... não se suportava. Ela tinha uma infecção que aquilo não se podia aguentar. O médico disse que não sabia como podia estar assim a senhora. Ela morria "podre"! A enfermagem vinha aqui eu estava sempre a dizer à enfermagem para falar com a médica para ver o que se estava a passar, que aquilo não estava bem... (...) Deixou-se andar, andar e chegou a um ponto que não se aguentava. A minha sogra, nem sei porquê que foi, vomitou, eu chamei os Bombeiros e levei-a ao hospital da primeira vez, o médico ficou admirado como é que ela chegou aquele ponto. Perguntou logo quem era a médica, quem a estava a assistir. A partir daí eles começaram logo a tratar de ter outra equipa porque esta equipa não estava a...  Referência 3 - 1,99% Cobertura  (sobre a se a levanta da cama) Não pode porque da maneira que ela está atrás (ulceras). Agora está muito melhor para o que ela estava. Agora já está a querer ganhar carne e já está a fechar. Já está a melhorar muito, para o que ela estava!  Referência 4 - 0,92% Cobertura  Ao princípio vinham todos os dias mas que agora as feridas estão a manter melhorias, eles vêm dia sim, dia não.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,07% Cobertura]  Referência 1 - 2,07% Cobertura  mas tratar das feridas e pô-lo em condições, tratam sim senhora! Mas muito bem, mesmo!  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,26% Cobertura]  Referência 1 - 2,26% Cobertura  Espero que vão tratar das feridas que ela tem nos calcanhares.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,43% Cobertura]  Referência 1 - 0,43% Cobertura  e o problema das feridas (ainda este ano)  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,75% Cobertura]  Referência 1 - 2,75% Cobertura  (sobre percepção de necessidades de cuidados de enfermagem) De enfermagem, preciso de ver se quando as úlceras estão a piorar, quando eu sinto que não está ali alguma coisa bem em ligo com elas, elas vêm avaliar e aí dão o parecer delas. E quando preciso que lhe administrem antibiótico.</p>
PREPARAÇÃO DO MFPC PARA TOMAR CONTA FACE AO AUTOCUIDADO	0	0	
Aprendizagem de capacidades do PC	0	0	
Alimentar	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]  Referência 1 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,92% Cobertura]  Referência 1 - 4,92% Cobertura  Ele vai comendo sozinho, está na cadeira de rodas... passa um bocado do dia numa salinha - umas horas na cadeira de rodas e outras horas no sofá, que é para mudar de posição. Porque o corpo dele está muito fraquinho e não acontecer, o que já aconteceu, porque causa dos ossos dele ter aquelas feridas no corpo. Está assim quando vê a televisão e quando é hora das refeições - o almoço e o jantar vem para a mesa e pomos-lhe a babeto... pois tem Parkinson e deixa cair muito a comida.</p>
Aprender a Dar Banho na Cama	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]  Referência 1 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,43% Cobertura]  Referência 1 - 4,43% Cobertura  vamos ver se os senhores enfermeiros lhe podem dar isso... porque agora tem de ser na cama... vamos ver se eles ensinam bem, para também não lhes dar tanto trabalho, porque eles têm outros...</p>
Aprender a Lidar com Colostomia	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,27% Cobertura]  Referência 1 - 2,27% Cobertura  Embora esteja a tentar aprender, preciso de alguma ajuda para que vejam o que eu estou a fazer de bem e de mal... me dêem umas indicações, não é? Por isso, se tiver uma ajuda da vossa parte ficarei eternamente agradecida!</p>
Aprender exercícios de mobilidade	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,41% Cobertura]  Referência 1 - 0,41% Cobertura  Eu faço a ginástica com ele, que a Enf.ª "X" ensinou-me, e ele faz isso tudo.</p>
Confecionar alimentos	1	1	<p>&lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [6,23% Cobertura]  Referência 1 - 6,23% Cobertura  O mais difícil para mim é fazer o comer e como não consigo caminhar...</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Conhecimento do PC	3	3	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,53% Cobertura]  Referência 1 - 4,53% Cobertura  rmeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,17% Cobertura]  Referência 1 - 1,17% Cobertura  Espero um pouco de ajuda, principalmente agora nos primeiros tempos, porque a doença do meu pai é-me desconhecida.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [13,74% Cobertura]  Referência 1 - 13,74% Cobertura  Eu na hora falo, pergunto e sou muito curiosa. Preciso de saber as coisas, porque sou eu que estou com ele aqui o resto dos dias. Então eu preciso de saber como é que as coisas se fazem. Eu pergunto e elas explicam-me. Se calhar, para algum tipo de pessoas, ou que sejam mais envergonhadas ou que sejam menos cultas - isto entre aspas. (...) Se calhar, uma forma de tentar explicar o que é que tem de fazer ou como é que hão-de virar ou, sei lá, uma maneira qualquer. Eu por exemplo, para mim é a internet porque eu tenho o computador ligado, mas se calhar há pessoas que não têm internet, nem sabem lá mexer. Sei lá, um panfleto, uma coisa qualquer a ensinar o básico. Porque há pessoas que depois não sabem.  O meu pai tinha sonda nasal de alimentação e passou para a PEG. E uma vez na fisioterapia uma senhora que o marido também tinha PEG, comentou com a minha mãe, antes de ele mudar para a PEG: isso é a pior coisa que vocês vão fazer porque eu sujo a cama toda e eu não sei quê! Nós nunca sujámos a cama! Quer dizer, eu disse à minha mãe: estar aqui ou estar em cima é igual. Estar em cima tem um aspecto não tão agradável, assim (com a PEG) olha-se para a pessoa e a pessoa está bem - a roupa tapa. E eu perguntei-lhe a ele (o pai) se ele queria. E ele disse que sim! Portanto, eu não fazia nada se ele me dissesse que não. Ele está completamente lúcido! E acho que, às vezes, é falta de informação. Se calhar é dizer: olhe, sabe uma coisa, você quando dá aqui em cima tem de lhe tirar o travãozinho em baixo - porque se não aquilo vai sair tudo para fora. Não é? Este tipo de pequenas informações, mas que são... (...) no caso vosso (enfermeiros), que estão a dar informação para nós, vocês usam termos... olhe isto faz-se assim, mas partem do princípio que a pessoa... que é tão básico, tão básico... que nem é preciso explicar duas vezes.  A outra pessoa pode não entender e depois existem pessoas que têm vergonha de perguntar. Pergunta primeiro, mas ainda fiquei (os outros) com uma duvidazinha! Mas depois para perguntar a segunda (vez) é complicado. Não é por causa de mim! Eu pergunto, uma, duas, três, quatro... uma dizia até eu perceber. E peço sempre desculpa! Eu digo sempre: olhe, peço muita desculpa mas eu só saio daqui depois de eu entender tudo direitinho. Porque é assim que eu acho que as coisas têm funcionar. Mas para algumas pessoas isso não funciona. Se calhar, ou têm vergonha ou porque... não faço ideia.  Se calhar... normas, qualquer coisa,... escrito num papel, partindo do princípio que toda a gente sabe ler, escrito num papel se calhar era capaz de ajudar. Acho eu.</p>
Reintegração Social	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,22% Cobertura]  Referência 1 - 2,22% Cobertura  (sobre disponibilidade) Sempre. Eu só saio um bocadinho de tarde das quatro às cinco de tarde, ao contrário estou sempre em casa. De manhã vou buscar o jornal e o pão e dou-lhe depois uma vitamina.</p>
Retirar Sobrecarga do PC (Física e Emocional)	3	4	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,40% Cobertura]  Referência 1 - 3,40% Cobertura  É por isso que se ele tiver essa ajuda, em que eu saiba que naquele dia há alguém para ver se há alguma coisa errada fico muito mais descansada.  (quantos contactos por semana com a ECCI) uma ou duas vezes por semana, para mim, seria óptimo - para mim era uma grande ajuda - para mim e para o meu filho que está a tomar conta dele.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [6,60% Cobertura]  Referência 1 - 6,60% Cobertura  Mas eu acho que, o internamento, às vezes poderia e deveria existir num caso mais de, volto eu ao exemplo de casa que tem de ser, um caso de cansaço, por exemplo, o meu não dorme de noite! Tipo de hora em hora, de 2 em 2 horas, quando dorme 2 horas, é preciso virá-lo! Acontece que nós de 2 em 2 horas acabamos por estar acordados para virá-lo. Não se dorme! A pessoa acorda, ou seja vira-deita - quando está a pegar no sono: levanta-vira-deita. Pega no sono, levanta-vira-deita - Não se dorme! Prontos. Se calhar um internamento, em casos em que o cuidador está necessitado, um descanso eu acho que poderia existir. Eu pessoalmente acho que poderia existir, como um complemento. Eu, neste momento, não estou a falar propriamente por mim. Estou a imaginar um casal... Estou a imaginar os meus pais sem filhos (repete), por exemplo. Como é que a minha mãe conseguia aguentar 24 sobre 24 horas se tem 76 anos, faz um ano de diferença. Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Ai havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,05% Cobertura]  Referência 1 - 2,86% Cobertura  (sobre características que considera mais) Acima de tudo o profissionalismo e depois a sensibilidade de saber tratar do doente e de quem está a acompanhar, ao cuidador, porque parece que não, chegando aqui, quando se está com uma criança assim um bocado mais... aí... parece que não mas alivia um bocado.  Referência 2 - 2,19% Cobertura  (sobre conjuntura social) Sim, o que eu peço, como falei, que não passe pela cabeça do Estado em retirar estes cuidados continuados a pessoas que tanto necessitam, só faz bem. Bem para o doente e bem para quem está a tratar deles.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Supervisão do Exercício do Papel de MFPC	5	13	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 5 referências codificadas [19,41% Cobertura]  Referência 1 - 2,57% Cobertura  - os senhores enfermeiros... São muito, muito... Deus me livre! Muito bons! Tratam-no muito bem, são meiguinhos,  Referência 2 - 1,05% Cobertura  até 6ª feira são 2 - sábado e domingo vai 1.  Referência 3 - 8,64% Cobertura  Fui eu que pedi. Pedi... porque me diziam que ele podia ir para os cuidados continuados para um hospital. Mas eu sou franca, também tirá-lo de casa não queria... em casa com os cuidados continuados, parece que é assim que se diz.  "Há uma" eu não tenho dinheiro para andar para longe, porque às vezes calha muito longe. Depois ficava lá sozinho, e era uma tristeza.  Referência 4 - 1,71% Cobertura  esses enfermeiros que são uns anjos... acredite que são uns anjos mesmo!  Referência 5 - 5,43% Cobertura  Uma coisa que eu pedia se pudesse ser, ao sábado e domingo irem dois! À semana vão dois... de 2ª a 6ª feira. E ao sábado e domingo só vai um. Mas ele está tão mal agora... são duas pessoas para o virar. Faça-me esse favor, se puder!  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [14,67% Cobertura]  Referência 1 - 3,76% Cobertura  Mas depois de ela ir para casa tenho de ver se posso continuar trabalhar, ou se tenho de ficar em casa...  Referência 2 - 10,91% Cobertura  Explicaram-me que era uma equipa de enfermeiros que iam lá, porque ela ia precisar de tratamento uns dias... porque o centro de saúde está fechado ao fim de semana e ela está a precisar de tratamento uns dias... quando ela não precisar então passa a ir o enfermeiro de família. Foi isso que me disseram.  &lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [12,70% Cobertura]  Referência 1 - 4,78% Cobertura  Espero bem que sim! Para melhor! Actualmente os serviços, às vezes, atrasam um bocadinho mais. Os enfermeiros marcam a "xis" horas e não chegam a aparecer às horas marcadas. É inconstante.  Referência 2 - 7,92% Cobertura  Nós vivemos numa zona que é muito pacata e quase ninguém conhece e têm dificuldade a chegar a esse sítio. Têm sempre falhas... não é por nossa culpa, nem por culpa deles, mas é pelo sítio que nós estamos localizados até... dificulta um bocado isso.  Já marcaram, por exemplo, às 9 e apareceram às 10 ou às 11 horas.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [8,21% Cobertura]  Referência 1 - 2,27% Cobertura  Embora esteja a tentar aprender, preciso de alguma ajuda para que vejam o que eu estou a fazer de bem e de mal... me dêem umas indicações, não é? Por isso, se tiver uma ajuda da vossa parte ficarei eternamente agradecida!  Referência 2 - 4,46% Cobertura  Agora é assim, ... tenho medo ... de não fazer bem a limpeza e essas coisas todas. Para já só aprendi aquilo e penso que, depois, nos primeiros dias vou ter uma assistência para realmente me verem se eu estou a meter o saquinho direito... a fazer bem ou não...  (sobre os cuidados futuros na ECCL) Aprender e que vejam se estou a fazer direito ou não, para que não haja problemas que possam até ser graves: infecções ou coisas assim do género...  Referência 3 - 1,48% Cobertura  E se eu também tivesse o contacto deles, aí também me facilitava um bocado em caso nem que fosse de perguntar sobre alguma dúvida que tivesse.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,22% Cobertura]  Referência 1 - 0,22% Cobertura  vem se alguma coisa está mal e corrigem.</p>
PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES (Manutenção)	0	0	
Controlo da dor	4	4	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,17% Cobertura]  Referência 1 - 2,17% Cobertura  Se lhe puderem dar umas coisas boas para as dores... eu só queria que ele não tivesse dores!  &lt;Internos\\1PM_NC&gt; - § 1 referência codificada [67,35% Cobertura]  Referência 1 - 67,35% Cobertura  Preocupada com as dores do marido  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,99% Cobertura]  Referência 1 - 2,99% Cobertura  A minha mãe partiu a perna e ainda dói-lhe muito a perna e cada vez que lido com ela... e ela Ai, Ai, Ai... para mim é muito doloroso ouvir a minha mãe gemer. Não é?  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,85% Cobertura]  Referência 1 - 2,85% Cobertura  Que ela tem muitas dores e acho que ela não tem condições para estar em casa.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Gestão de Sinais e Sintomas	3	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,29% Cobertura]  Referência 1 - 5,29% Cobertura  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada. Nada!  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,65% Cobertura]  Referência 1 - 5,26% Cobertura  Agora está também a tomar a medicação mais fraca, porque ela estava a tomar a medicação mais forte e, se calhar, foi isso que lhe deu, começou assim... uma espécie de sangrar, que não era bem o sangrar... não sei bem. Sei que a medicação estava a ser muito forte e ela como já estava a ficar muito em baixo, muito fraca. Foi por isso que eles agora aptaram por lhe tirar a medicação toda e reduzi-la muito para baixo. Não ser a medicação tão forte, ser mais baixinha. E ela agora tem-se mantido mais calma. Notava que ela quando tomava a medicação, a outra antes, que até a sentia mais acelerada e a medicação não estava bem ajustada. (...)</p> <p>Referência 2 - 0,39% Cobertura  A minha sogra... diabetes dela também não ajudam.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 2 referências codificadas [12,23% Cobertura]  Referência 1 - 4,67% Cobertura  Paralisia cerebral desde a nascença.  Referência 2 - 7,57% Cobertura  Com litíase renal, com exteriorização de "pedras" por vezes.</p>
Prevenção de Úlceras	3	7	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [8,64% Cobertura]  Referência 1 - 4,17% Cobertura  (sobre quem presta cuidados directos) Sou seu! Quando a rapariga cá vem dá-lhe de comer, quando não vem, sou eu que lhe dou. Já hoje lhe dei comer ao meio dia, vou-lhe dar à noite, enfim, e depois vem cá as colegas (ECCI) para a posicionar de noite. E é isto, de noite eu estou sempre à cuca, como se costuma dizer, para ver se ela às vezes está descoberta... para a cobrir.</p> <p>Referência 2 - 2,13% Cobertura  Primeiro teve uma "chaga", são sei o nome técnico, era assim deste tamanho... (ilustra com a mão) a enfermeira que diga! Agora está do tamanho de um grão de arroz ou já está fechada, não sei.</p> <p>Referência 3 - 2,33% Cobertura  Eles têm vindo duas/três vezes por dia. Agora até vêm à noite, ontem era quase onze horas quando veio a enfermeira para a mudar, para os posicionamentos. Não estava suja, se não elas também mudavam a fralda.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,02% Cobertura]  Referência 1 - 3,56% Cobertura  Ela é magrinha mas é um corpo pesado, que não dá jeito nenhum. E tem este braço, que é o lado esquerdo, está paralisado - ela não dá jeito. A gente também quer estica-lo, mas ficou muito preso e não dá muito jeito a virá-la, mesmo de um lado para o outro. Mas tem que ser! Ela também não pode estar sempre no mesmo sítio. Sim, porque ela estava em Angeiras em casa de uma filha, depois de vir de Angeiras é que veio para aqui.</p> <p>Referência 2 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,87% Cobertura]  Referência 1 - 1,66% Cobertura  Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Ai havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!</p> <p>Referência 2 - 2,22% Cobertura  Eu tenho sempre uma preocupação, é que ele não comece a fazer ulceras e, é lógico, é a minha preocupação. Ele é muito teimoso, não gosta da almofada no meio dos joelhos. Já inventámos coisas, desde almofadas de vários feitios, tamanhos, e não sei quem. A pôr mantinhas. Ultimamente era mesmo uma toalha de banho, um turco, que se punha - e mesmo assim ele vai lá e, de vez em quando, está a tirar. Faz-lhe confusão.</p>
Prevenção de infeções	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [3,27% Cobertura]  Referência 1 - 3,27% Cobertura  Eu até estou muito à vontade com eles e, às vezes, digo-lhes: ela pode ter alguma infecção na bexiga, vocês vejam - façam-lhe o teste. Eu estou sempre preocupada por eu não quero que ela esteja muito tempo no hospital. Porque já basta ela já estar muito dependente, ela já não tem músculos e já não tem defesas. E os médicos já dizem que, cada vez que ela vai lá, ela já está muito debilitada.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,48% Cobertura]  Referência 1 - 3,48% Cobertura  (estabilização da situação) Sim, porque com a enfermagem é mais fácil administrar um cateter, um antibiótico endovenoso do que eu ter que o levar a uma Urgência e ele estar internado porque se tenho essa facilidade da enfermeira chegar aqui e colocar um cateter, eu aqui tenho todos os mecanismos que são necessários e evito de ele ser internado e apanhar viroses.</p>
PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO DEPENDENTE	0	0	
Autocuidado Alimentar-se	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,90% Cobertura]  Referência 1 - 4,90% Cobertura  Ele vai comendo sozinho, está na cadeira de rodas... passa um bocado do dia numa salinha - umas horas na cadeira de rodas e outras horas no sofá, que é para mudar de posição. Porque o corpo dele está muito fraguinho e não acontecer, o que já aconteceu, porque causa dos ossos dele ter aquelas feridas no corpo. Está assim quando vê a televisão e quando é hora das refeições - o almoço e o jantar vem para a mesa e pomos-lhe a babete... pois tem Parkinson e deixa cair muito a comida.</p>

Autocuidado Higiene	8	12	<p>&lt;Internos\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,11% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,11% Cobertura</p> <p>(outros apoios) São as senhoras que vêm cá fazer-lhe a higiene do lado de [nome do Lar]. Vêm cá todos os dias menos ao Sábado. Ao Sábado é que é um problema terrível. Vem esta rapariga todos os dias das duas às seis e vem ao Sábado. Ao Domingo não vem agora. Vem ao Sábado ver se ela precisa de ser mudada a fralda e mudar-lhe a posição, dá-lhe o leite e vai embora.</p> <p>&lt;Internos\1PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,17% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,17% Cobertura</p> <p>Eram os filhos que lhe davam banho...e agora vamos ver se os senhores enfermeiros lhe podem dar isso... porque agora tem de ser na cama...</p> <p>Referência 2 - 2,00% Cobertura</p> <p>Talvez depois dos enfermeiros o verem é que podem dizer se podem dar banho ou não!</p> <p>&lt;Internos\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,83% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,83% Cobertura</p> <p>Era raro tomar banho</p> <p>&lt;Internos\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,86% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,86% Cobertura</p> <p>Agora só me falta realmente as senhoras para irem lá a casa, para apoio domiciliário, para lhe dar banho... mas isso tenho de pagar, não é? E isso são despesas que eu tenho de ter, não é? Elas não vêm de graça.</p> <p>&lt;Internos\4PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [8,17% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,00% Cobertura</p> <p>Atualmente não tenho nenhum apoio, mas está pedido para dar banho e... os enfermeiros. Mas como ela ainda está cá, não está nada decidido.</p> <p>Referência 2 - 3,17% Cobertura</p> <p>O banho são as meninas, vá, da assistente social... penso que sim, está pedido para isso.</p> <p>&lt;Internos\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,54% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,54% Cobertura</p> <p>Eu. A minha mãe. Depois temos o apoio domiciliário que vem dar a higiene pessoal - só para a higiene.</p> <p>&lt;Internos\9PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [9,60% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,80% Cobertura</p> <p>Tem uma mais-valia, está muito melhor amparado a nível de enfermagem, de cuidados que ele precise, a nível de higiene também não tinha e (agora) tenho. Era só eu que tratava dele, agora uma vez por semana tenho a ajuda da auxiliar da equipe. Tinha direito a duas, só que o meu [nome do filho] faz muitas infecções pulmonares e como faço a higiene diária, pelo menos uma vez vai a um banho profundo.</p> <p>Referência 2 - 2,86% Cobertura</p> <p>(quantos enfermeiros espera em cada visita) Vem um de cada vez. É (suficiente). De enfermeiras vem sempre duas; de auxiliar vem uma, de higiene; de fisioterapia também vem uma. Quando a enfermeira tem estágios, estagiárias a fazer, então aí traz, mas é só uma. Em geral de enfermagem vêm sempre duas.</p> <p>Referência 3 - 2,94% Cobertura</p> <p>(quantas vezes por semana) As enfermeiras vêm quando o [nome do filho] necessita, se tiver um caso de necessidade mesmo vem duas a três vezes por semana. Caso isso, uma vez por semana. Chega a um ponto que deixa de vir até eu necessitar outra vez de chamar. Agora a equipa da higiene vem uma vez por semana.</p> <p>&lt;Internos\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [10,84% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 10,84% Cobertura</p> <p>Toma banho de imersão, sendo transportado em cadeira para a banheira da casa de banho.</p>
Autocuidado Uso de Sanitário	4	4	<p>&lt;Internos\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,33% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,33% Cobertura</p> <p>Eles têm vindo duas/três vezes por dia. Agora até vêm à noite, ontem era quase onze horas quando veio a enfermeira para a mudar, para os posicionamentos. Não estava suja, se não elas também mudavam a fralda.</p> <p>&lt;Internos\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,46% Cobertura</p> <p>Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.</p> <p>&lt;Internos\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,58% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,58% Cobertura</p> <p>não consigo caminhar... ir à casa de banho... banho...</p> <p>&lt;Internos\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [5,42% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,42% Cobertura</p> <p>Tem: PEG, fralda, não carece ser algaliado.</p>
Reabilitação Funcional	1	2	<p>&lt;Internos\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,58% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,10% Cobertura</p> <p>Olhe, eles fazem-lhe a fisioterapia toda da mobilidade, neste momento, não é, antigamente faziam-lhe a pulmonar. Neste momento fazem-lhe: a fisioterapia da mobilidade; vêm se alguma coisa está mal e corrigem.</p> <p>Referência 2 - 0,47% Cobertura</p> <p>É assim. Especificamente neste caso, nós temos as enfermeiras para a reabilitação motora.</p>
Regime Medicamentoso	2	2	<p>&lt;Internos\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [13,37% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 13,37% Cobertura</p> <p>Não percebo nada do oxigénio e do Bipap</p> <p>(sobre o que os enfermeiros podem fazer, só fala das máquinas e não do processo de recuperação funcional)</p> <p>&lt;Internos\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [3,53% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,53% Cobertura</p> <p>Tem oxigenoterapia contínua.</p>

SUPORTE EMOCIONAL AO CUIDADOR	5	8	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,55% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,55% Cobertura</p> <p>Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os “anjos da guarda” cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).</p> <p>Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum “enrascanso” como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [11,34% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 6,05% Cobertura</p> <p>(após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.</p> <p>Referência 2 - 0,56% Cobertura</p> <p>(forma de contactos) É por telefone. Lá nisto eles são incansáveis.</p> <p>Referência 3 - 4,74% Cobertura</p> <p>É, mas com todos, tanto vale ser com o [nome específico de um enfermeiro], como com outros enfermeiros que venham aqui, não tenho que dizer. Porque eles atendem todos da mesma maneira.</p> <p>Estou satisfeita, não posso dizer mais. Dá-nos uma calma que nem sabe! Isso conta muito também!</p> <p>Eu até andava com o sistema nervoso, andava alterada... até ninguém podia falar para mim, que eu alterava logo a voz - mas às vezes eu nem sentia, mas era assim.</p> <p>Agora não, agora já as coisas são de outra maneira. É! Ajuda muito!</p> <p>Na questão desta equipa, sinceramente, só posso dizer bem!</p> <p>&lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 24,75% Cobertura</p> <p>A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase “São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda” - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [5,44% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,44% Cobertura</p> <p>E, acima de tudo, eu digo isto sempre - acho que é óptimo -, para um doente e para a família dele também mas, neste caso para o doente, que as pessoas brinquem com o doente - e é o que acontece com elas. Elas chegam, também brincam com ele, arranjam-se estratégias - um dia destes era preciso fazer ... bastante pequeno e não tínhamos arranjado uma bengala e depois ele batia dum lado e uma pessoa está a fazer música. Isto é muito bom, porque o doente faz, faz por gosto, não faz... prontos, não faz quando vêem mais cedo e ele está a dormir e ele diz (...) se não faz por gosto. E para nós isso também é muito bom.</p> <p>Mesmo a “X” ensinou-me e diz: “olhe tem de fazer assim”. Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! E ele colabora comigo também, na mesma, não tenho assim problemas. Eu acho que ele melhora, quanto mais não chega quando eu digo - vêm aí as meninas e tal! Eu brinco um bocadinho com ele.</p> <p>(sobre o serviço) Acho ótima (repete), sinceramente acho ótima!</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,66% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,80% Cobertura</p> <p>(sobre suporte emocional) Sim, sim, somos muito comunicativas e elas são prestáveis...</p> <p>Referência 2 - 2,86% Cobertura</p> <p>(sobre características que considera mais) Acima de tudo o profissionalismo e depois a sensibilidade de saber tratar do doente e de quem está a acompanhar, ao cuidador, porque parece que não, chegando aqui, quando se está com uma criança assim um bocado mais... aí... parece que não mas alivia um bocado.</p> <p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [10,26% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,58% Cobertura</p> <p>Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os “anjos da guarda” cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).</p> <p>Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum “enrascanso” como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.</p> <p>Referência 2 - 4,68% Cobertura</p> <p>ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.</p> <p>Aqui a [nome de uma das en</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [11,34% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 6,05% Cobertura</p> <p>(após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.</p> <p>Referência 2 - 0,56% Cobertura</p> <p>(forma de contactos) É por telefone. Lá nisto eles são incansáveis.</p> <p>Referência 3 - 4,74% Cobertura</p> <p>É, mas com todos, tanto vale ser com o [nome específico de um enfermeiro], como com outros enfermeiros que venham aqui, não tenho que dizer. Porque eles atendem todos da mesma maneira.</p> <p>Estou satisfeita, não posso dizer mais. Dá-nos uma calma que nem sabe! Isso conta muito também!</p> <p>Eu até andava com o sistema nervoso, andava alterada... até ninguém podia falar para mim, que eu alterava logo a voz - mas às vezes eu nem sentia, mas era assim.</p> <p>Agora não, agora já as coisas são de outra maneira. É! Ajuda muito!</p> <p>Na questão desta equipa, sinceramente, só posso dizer bem!</p> <p>&lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 24,75% Cobertura</p> <p>A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase “São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda” - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,25% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,25% Cobertura</p> <p>E, acima de tudo, eu digo isto sempre - acho que é óptimo -, para um doente e para a família dele também mas, neste caso para o doente, que as pessoas brinquem com o doente - e é o que acontece com elas. Elas chegam, também brincam com ele, arranjam-se estratégias - um dia destes era preciso fazer ... bastante pequeno e não</p>
-------------------------------	---	---	---



		<p>tínhamos arranjado uma bengala e depois ele batia dum lado e uma pessoa está a fazer música. Isto é muito bom, porque o doente faz, faz por gosto, não faz... prontos, não faz quando vêem mais cedo e ele está a dormir e ele diz (...) se não faz por gosto. E para nós isso também é muito bom.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,66% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,80% Cobertura (sobre suporte emocional) Sim, sim, somos muito comunicativas e elas são prestáveis...</p> <p>Referência 2 - 2,86% Cobertura (sobre características que considera mais) Acima de tudo o profissionalismo e depois a sensibilidade de saber tratar do doente e de quem está a acompanhar, ao cuidador, porque parece que não, chegando aqui, quando se está com uma criança assim um bocado mais... aí... parece que não mas alivia um bocado.</p>
--	--	--

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
4 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO	0	0	
COMPETÊNCIA EDUCACIONAL	4	6	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,53% Cobertura]  Referência 1 - 4,53% Cobertura  rmeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,71% Cobertura]  Referência 1 - 1,71% Cobertura  vamos ver se eles ensinam bem, para também não lhes dar tanto trabalho,  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,75% Cobertura]  Referência 1 - 2,27% Cobertura  Embora esteja a tentar aprender, preciso de alguma ajuda para que vejam o que eu estou a fazer de bem e de mal.. me dêem umas indicações, não é? Por isso, se tiver uma ajuda da vossa parte ficarei eternamente agradecida!  Referência 2 - 1,48% Cobertura  E se eu também tivesse o contacto deles, aí também me facilitava um bocado em caso nem que fosse de perguntar sobre alguma dúvida que tivesse.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [14,16% Cobertura]  Referência 1 - 0,41% Cobertura  Eu faço a ginástica com ele, que a Enf.ª “X” ensinou-me, e ele faz isso tudo.  Referência 2 - 13,74% Cobertura  Eu na hora falo, pergunto e sou muito curiosa. Preciso de saber as coisas, porque sou eu que estou com ele aqui o resto dos dias. Então eu preciso de saber como é que as coisas se fazem. Eu pergunto e elas explicam-me. Se calhar, para algum tipo de pessoas, ou que sejam mais envergonhadas ou que sejam menos cultas - isto entre aspas. (...) Se calhar, uma forma de tentar explicar o que é que tem de fazer ou como é que hão-de virar ou, sei lá, uma maneira qualquer. Eu por exemplo, para mim é a internet porque eu tenho o computador ligado, mas se calhar há pessoas que não têm internet, nem sabem lá mexer. Sei lá, um panfleto, uma coisa qualquer a ensinar o básico. Porque há pessoas que depois não sabem.  O meu pai tinha sonda nasal de alimentação e passou para a PEG. E uma vez na fisioterapia uma senhora que o marido também tinha PEG, comentou com a minha mãe, antes de ele mudar para a PEG: isso é a pior coisa que vocês vão fazer porque eu sujo a cama toda e eu não sei quê! Nós nunca sujámos a cama! Quer dizer, eu disse à minha mãe: estar aqui ou estar em cima é igual. Estar em cima tem um aspecto não tão agradável, assim (com a PEG) olha-se para a pessoa e a pessoa está bem - a roupa tapa. E eu perguntei-lhe a ele (o pai) se ele queria. E ele disse que sim! Portanto, eu não fazia nada se ele me dissesse que não. Ele está completamente lúcido! E acho que, às vezes, é falta de informação. Se calhar é dizer: olhe, sabe uma coisa, você quando dá aqui em cima tem de lhe tirar o travãozinho em baixo - porque se não aquilo vai sair tudo para fora. Não é? Este tipo de pequenas informações, mas que são... (...) no caso vosso (enfermeiros), que estão a dar informação para nós, vocês usam termos.. olhe isto faz-se assim, mas partem do princípio que a pessoa.. que é tão básico, tão básico.. que nem é preciso explicar duas vezes.  A outra pessoa pode não entender e depois existem pessoas que têm vergonha de perguntar. Pergunta primeiro, mas ainda fiquei (os outros) com uma duvidazinha! Mas depois para perguntar a segunda (vez) é complicado. Não é por causa de mim! Eu pergunto, uma, duas, três, quatro... uma dúzia até eu perceber. E peço sempre desculpa! Eu digo sempre: olhe, peço muita desculpa mas eu só saio daqui depois de eu entender tudo direitinho. Porque é assim que eu acho que as coisas têm funcionar. Mas para algumas pessoas isso não funciona. Se calhar, ou têm vergonha ou porque... não faço ideia.  Se calhar... normas, qualquer coisa,... escrito num papel, partindo do princípio que toda a gente sabe ler, escrito num papel se calhar era capaz de ajudar. Acho eu.</p>
COMPETÊNCIA RELACIONAL	0	0	
Acalmar o Doente	4	4	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,68% Cobertura]  Referência 1 - 4,68% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das en  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,05% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]  Referência 1 - 24,75% Cobertura  A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase “São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda” - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,47% Cobertura]  Referência 1 - 4,47% Cobertura  E precisava que depois também fossem lá falar com ele (o pai dependente) porque connosco em casa ele é de uma maneira, pois ele é o chefe da família, não é, e continua a sê-lo para ele, e pessoas de fora falassem com ele e que o ajudassem a ele estar mais calmo e essas coisas todas.. e depois dizerem-lhe se está ou bem ou não para ele não pensar... ter a certeza de outras pessoas que não sejam nós... para ver se as coisas estão bem não é...</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Carinho, Amor, Boas Pessoas, Amizade, Simpatia	7	11	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [10,11% Cobertura]  Referência 1 - 5,58% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre.... eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  Referência 2 - 4,53% Cobertura  rmeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,52% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  Referência 2 - 0,47% Cobertura  (sobre qualidades apreciadas nos enfermeiros) A simpatia.  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]  Referência 1 - 24,75% Cobertura  A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase "São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda" - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 3 referências codificadas [6,36% Cobertura]  Referência 1 - 2,57% Cobertura  - os senhores enfermeiros... São muito, muito... Deus me livre! Muito bons! Tratam-no muito bem, são meiguinhos,  Referência 2 - 1,71% Cobertura  esses enfermeiros que são uns anjos... acredite que são uns anjos mesmo!  Referência 3 - 2,07% Cobertura  mas tratar das feridas e pô-lo em condições, tratam sim senhora! Mas muito bem, mesmo!  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,38% Cobertura]  Referência 1 - 1,38% Cobertura  Basta-me dar-lhe carinho e amor, que é o que ela precisa com esta idade!  &lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [8,86% Cobertura]  Referência 1 - 8,86% Cobertura  Espero que sejam boas pessoas e que tratem bem da perna.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,73% Cobertura]  Referência 1 - 3,73% Cobertura  (sobre se tem outras ajudas) Não, porque eu não trabalho. Desde que o [nome do filho] nasceu desempreguei-me e não tenho necessidade disso, a necessidade que acho uma mais valia é esta unidade dos cuidados, além de ser bom para o [nome do filho] também é um meio de comunicação e a pessoa fica com familiares, não é mas parece. Tornámos uma amizade, além de profissionalismo que é, torna-se...</p>
Comunicação	3	4	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [14,81% Cobertura]  Referência 1 - 5,58% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre.... eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  Referência 2 - 9,23% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das enfermeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [0,56% Cobertura]  Referência 1 - 0,56% Cobertura  (forma de contactos) É por telefone. Lá nisso eles são incansáveis.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,55% Cobertura]  Referência 1 - 4,55% Cobertura  (sobre se tem outras ajudas) Não, porque eu não trabalho. Desde que o [nome do filho] nasceu desempreguei-me e não tenho necessidade disso, a necessidade que acho uma mais valia é esta unidade dos cuidados, além de ser bom para o [nome do filho] também é um meio de comunicação e a pessoa fica com familiares, não é mas parece. Tornámos uma amizade, além de profissionalismo que é, torna-se...  (sobre suporte emocional) Sim, sim, somos muito comunicativas e elas são prestáveis...</p>
Humor	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,26% Cobertura]  Referência 1 - 3,26% Cobertura  E, acima de tudo, eu digo isto sempre - acho que é ótimo -, para um doente e para a família dele também mas, neste caso para o doente, que as pessoas brinquem com o doente - e é o que acontece com elas. Elas chegam, também brincam com ele, arranjam-se estratégias - um dia destes era preciso fazer ... bastante pequeno e não tínhamos arranjado uma bengala e depois ele batia dum lado e uma pessoa está a fazer música. Isto é muito bom, porque o doente faz, faz por gosto, não faz... prontos, não faz quando vêem mais cedo e ele está a dormir e ele diz (...) se não faz por gosto. E para nós isso também é muito bom.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Empatia	3	6	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [10,11% Cobertura]  Referência 1 - 5,58% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  Referência 2 - 4,53% Cobertura  rmeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,61% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  Referência 2 - 0,56% Cobertura  (forma de contactos) É por telefone. Lá nisso eles são incansáveis.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,20% Cobertura]  Referência 1 - 2,86% Cobertura  (sobre características que considera mais) Acima de tudo o profissionalismo e depois a sensibilidade de saber tratar do doente e de quem está a acompanhar, ao cuidador, porque parece que não, chegando aqui, quando se está com uma criança assim um bocado mais... aí... parece que não mas alivia um bocado.  Referência 2 - 3,34% Cobertura  (qual o cuidado mais importante?) É o bem-estar dele. Ele sentir-se bem, porque eu sei que ele é uma criança feliz, além da deficiência dele, profunda, é uma criança feliz. Quando ele não está feliz ele demonstra e o que me preocupa mais é saber que ele tem qualidade de vida e que sente-se bem. Basta ele sorrir que para mim já é sinal que está bem.</p>
COMPETÊNCIA TÉCNICA	0	0	
Administrar Fármacos	1	2	<p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,43% Cobertura]  Referência 1 - 3,48% Cobertura  (estabilização da situação) Sim, porque com a enfermagem é mais fácil administrar um cateter, um antibiótico endovenoso do que eu ter que o levar a uma Urgência e ele estar internado porque se tenho essa facilidade da enfermeira chegar aqui e colocar um cateter, eu aqui tenho todos os mecanismos que são necessários e evito de ele ser internado e apanhar viroses.  Referência 2 - 3,95% Cobertura  (sobre a ausência de necessidade de idas à urgência) Exacto, porque eu chamava o médico, mas como não tinha quem lhe administrasse qualquer tipo de antibiótico endovenoso, era mais complicado e tinha que ir ao Hospital e então quando era para ser antibiótico através de veia tinha que ficar internado, mas agora felizmente o médico se achar que ele deve tomar o antibiótico através das veias, é só chamar (a ECCI).</p>
Competências de Supervisão do Exercício do Papel de PC	2	3	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [3,27% Cobertura]  Referência 1 - 3,27% Cobertura  Eu até estou muito à vontade com eles e, às vezes, digo-lhes: ela pode ter alguma infecção na bexiga, vocês vejam - façam-lhe o teste. Eu estou sempre preocupada por eu não quero que ela esteja muito tempo no hospital. Porque já basta ela já estar muito dependente, ela já não tem músculos e já não tem defesas. E os médicos já dizem que, cada vez que ela vai lá, ela já está muito debilitada.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,73% Cobertura]  Referência 1 - 2,27% Cobertura  Embora esteja a tentar aprender, preciso de alguma ajuda para que vejam o que eu estou a fazer de bem e de mal... me dêem umas indicações, não é? Por isso, se tiver uma ajuda da vossa parte ficarei eternamente agradecida!  Referência 2 - 4,46% Cobertura  Agora é assim, ... tenho medo ... de não fazer bem a limpeza e essas coisas todas. Para já só aprendi aquilo e penso que, depois, nos primeiros dias vou ter uma assistência para realmente me verem se eu estou a meter o saquinho direito... a fazer bem ou não...  (sobre os cuidados futuros na ECCI) Aprender e que vejam se estou a fazer direito ou não, para que não haja problemas que possam até ser graves: infecções ou coisas assim do género...</p>
Controlo da Dor	2	2	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,21% Cobertura]  Referência 1 - 2,21% Cobertura  Se lhe puderem dar umas coisas boas para as dores... eu só queria que ele não tivesse dores!  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,99% Cobertura]  Referência 1 - 2,99% Cobertura  A minha mãe partiu a perna e ainda dói-lhe muito a perna e cada vez que lido com ela... e ela Ai, Ai, Ai... para mim é muito doloroso ouvir a minha mãe gemer. Não é?</p>
Controlo de Dç Crónicas (sinais e sintomas)	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,29% Cobertura]  Referência 1 - 5,29% Cobertura  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada. Nada!  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.</p>
Polivalência técnica e de saberes	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,99% Cobertura]  Referência 1 - 2,99% Cobertura  Agora a este nível, uma enfermeira de reabilitação começa por ter um curso de enfermagem e depois uma especialização em reabilitação. Portanto quando ela está aqui, foi o que eu lhe disse (à enfermeira) ao bocado, "X" (Enfermeira) a algália, ok. Portanto, ela não é uma fisioterapeuta, ela é uma enfermeira de reabilitação. Mas percebe das coisas todas! Que eu saiba ela licenciou-se primeiro em enfermagem e depois fez uma especialização. Portanto, uma pessoa vai-lhe dizendo, ou está mais assim, ou está mais assado e ela vai dando ideias e elas são impecáveis.</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Profissionalismo	1	1	<p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,86% Cobertura]  Referência 1 - 2,86% Cobertura  (sobre características que considera mais) Acima de tudo o profissionalismo e depois a sensibilidade de saber tratar do doente e de quem está a acompanhar, ao cuidador, porque parece que não, chegando aqui, quando se está com uma criança assim um bocado mais... aí... parece que não mas alivia um bocado.</p>
Recuperação e Manutenção do Estado de Saúde	4	6	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,62% Cobertura]  Referência 1 - 2,33% Cobertura  Eles têm vindo duas/três vezes por dia. Agora até vêm à noite, ontem era quase onze horas quando veio a enfermeira para a mudar, para os posicionamentos. Não estava suja, se não elas também mudavam a fralda.  Referência 2 - 5,29% Cobertura  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada. Nada!  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,73% Cobertura]  Referência 1 - 3,27% Cobertura  Eu até estou muito à vontade com eles e, às vezes, digo-lhes: ela pode ter alguma infecção na bexiga, vocês vejam - façam-lhe o teste. Eu estou sempre preocupada por eu não quero que ela esteja muito tempo no hospital. Porque já basta ela já estar muito dependente, ela já não tem músculos e já não tem defesas. E os médicos já dizem que, cada vez que ela vai lá, ela já está muito debilitada.  Referência 2 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,21% Cobertura]  Referência 1 - 4,21% Cobertura  Acho que estou bem servida. É o que quero dizer! Acho que estou bem servida, não quero mais nada. Acho que não preciso de mais nada! Quero o mínimo que a minha mãe precisa, mais nada! Para a minha mãe recuperar e para se manter.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,17% Cobertura]  Referência 1 - 1,17% Cobertura  Espero um pouco de ajuda, principalmente agora nos primeiros tempos, porque a doença do meu pai é-me desconhecida.</p>
Tratamento de Feridas	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,12% Cobertura]  Referência 1 - 2,12% Cobertura  Primeiro teve uma "chaga", são sei o nome técnico, era assim deste tamanho... (ilustra com a mão) a enfermeira que diga! Agora está do tamanho de um grão de arroz ou já está fechada, não sei.  &lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [8,86% Cobertura]  Referência 1 - 8,86% Cobertura  Espero que sejam boas pessoas e que tratem bem da perna.</p>
<b>5 INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO</b>	0	0	
Maior intensidade no momento em que assume o papel de MFPC	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,17% Cobertura]  Referência 1 - 1,17% Cobertura  Espero um pouco de ajuda, principalmente agora nos primeiros tempos, porque a doença do meu pai é-me desconhecida.</p>
Número de contactos	0	0	
Sempre quando precisa	3	4	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,58% Cobertura]  Referência 1 - 5,58% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,04% Cobertura]  Referência 1 - 1,04% Cobertura  (quantas vezes por dia ou semana) Os enfermeiros é que sabem, porque eles é que estão por dentro das necessidades do doente.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,04% Cobertura]  Referência 1 - 1,58% Cobertura  (numero vezes de visita da equipa) Os enfermeiros vêm quando preciso. O [nome do filho] quando precisa basta ligar, estão logo prontos a comparecer. Estou satisfeita.  Referência 2 - 2,46% Cobertura  (quantas vezes por semana) As enfermeiras vêm quando o [nome do filho] necessita, se tiver um caso de necessidade mesmo vem duas a três vezes por semana. Caso isso, uma vez por semana. Chega a um ponto que deixa de vir até eu necessitar outra vez de chamar.</p>
Todos os dias	0	0	

Uma vez por Dia	3	3	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [0,36% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,36% Cobertura</p> <p>Vêm todos os dias, sem excepção.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,48% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,48% Cobertura</p> <p>Vão uma vez por dia,</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,65% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,65% Cobertura</p> <p>Ela vem (a EnFª. de Reabilitação) 2 vezes por semana, neste momento. Isso é uma resposta difícil de dar... porquê? Porque eu acho que vai partir de uma... Eu por mim vinham cá todos os dias. Vinham cá, falavam, faziam ginástica, não sei quê... e, se calhar, podia haver, neste caso, não uma recuperação para ele começar a andar, mas pelo menos para não ficar com os membros atrofiados.</p> <p>Por mim vinha todos os dias! Mas eu sei que não sou caso isolado, ok! Portanto vai depender muito de quem está a fazer a avaliação, para saber se 2 dias chegam, se é melhor 3, isso normalmente deixo ao critério de quem sabe.</p> <p>Por mim vinham sempre sábados e domingos, eu até gosto de falar com elas (ri-se)!</p>
CATEGORIAS	Fon- tes	Referências	Unidades de registo associadas
Várias vezes ao dia	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,72% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,72% Cobertura</p> <p>Eles têm vindo duas/três vezes por dia. Agora até vêm à noite, ontem era quase onze horas quando veio a enfermeira para a mudar, para os posicionamentos. Não estava suja, se não elas também mudavam a fralda.</p> <p>Vêm todos os dias, sem excepção.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,18% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,18% Cobertura</p> <p>Como é que a minha mãe conseguia aguentar 24 sobre 24 horas se tem 76 anos, faz um ano de diferença. Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Ai havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!</p>
Três a Quatro vezes por semana	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,66% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,66% Cobertura</p> <p>(quantas vezes por dia ou semana) Os enfermeiros é que sabem, porque eles é que estão por dentro das necessidades do doente.</p> <p>Vêm dia sim, dia não. É o necessário segundo o enfermeiro diz que é preciso vir.</p> <p>Ao princípio <b>vinham todos os dias mas que agora as feridas estão a manter melhorias, eles vêm dia sim, dia não.</b></p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,41% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,41% Cobertura</p> <p>fisioterapeuta vem três vezes por semana.</p>
Uma ou duas Vezes por Semana	2	2	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,89% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,89% Cobertura</p> <p>(quantos contactos por semana com a ECCI) uma ou duas vezes por semana, para mim, seria óptimo - para mim era uma grande ajuda - para mim e para o meu filho que está a tomar conta dele.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,86% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,86% Cobertura</p> <p>(quantos enfermeiros espera em cada visita) Vem um de cada vez. É (suficiente). De enfermeiras vem sempre duas; de auxiliar vem uma, de higiene; de fisioterapia também vem uma. Quando a enfermeira tem estágios, estagiárias a fazer, então aí traz, mas é só uma. Em geral de enfermagem vêm sempre duas.</p>
Número de enfermeiros por contacto	0	0	
Dois Enfermeiros por Contacto	4	8	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,01% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,01% Cobertura</p> <p>(numero de enfermeiros em cada visita) Já têm vindo quatro (está a contar com os estudantes e ri-se), ainda ontem vieram quatro. Vêm sempre dois, três.</p> <p>(sugestões de melhoria) Eu</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 5 referências codificadas [12,84% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,57% Cobertura</p> <p>- os senhores enfermeiros... São muito, muito... Deus me livre! Muito bons! Tratam-no muito bem, são meiguinhos,</p> <p>Referência 2 - 1,05% Cobertura</p> <p>até 6ª feira são 2 - sábado e domingo vai 1.</p> <p>Referência 3 - 1,71% Cobertura</p> <p>esses enfermeiros que são uns anjos... acredite que são uns anjos mesmo!</p> <p>Referência 4 - 2,07% Cobertura</p> <p>mas tratar das feridas e pô-lo em condições, tratam sim senhora! Mas muito bem, mesmo!</p> <p>Referência 5 - 5,43% Cobertura</p> <p>Uma coisa que eu pedia se pudesse ser, ao sábado e domingo irem dois! À semana vão dois... de 2ª a 6ª feira. E ao sábado e domingo só vai um. Mas ele está tão mal agora... são duas pessoas para o virar. Faça-me esse favor, se puder!</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,99% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,99% Cobertura</p> <p>Não, normalmente vêm duas enfermeiras. Agora veio a estagiária, mas normalmente vem a "X" e a "Y". Raramente vem uma sozinha, só quando estão muito atrapalha-das, normalmente são as duas.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,86% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,86% Cobertura</p> <p>(quantos enfermeiros espera em cada visita) Vem um de cada vez. É (suficiente). De enfermeiras vem sempre duas; de auxiliar vem uma, de higiene; de fisioterapia também vem uma. Quando a enfermeira tem estágios, estagiárias a fazer, então aí traz, mas é só uma. Em geral de enfermagem vêm sempre duas.</p>

Um Enfermeiro por Contacto	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [0,47% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,47% Cobertura</p> <p>(numero de enfermeiros, um por visita, é suficiente) Sim.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,84% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,84% Cobertura</p> <p>Não sei mas talvez um enfermeiro seja suficiente, porque está sempre alguém lá em casa. Eu penso que um que chegaria mas lá está, não percebo muito dessas coisas. Eles é que sabem.</p>
<b>6 ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS</b>	0	0	
Compatibilização do serviço com a vida familiar	2	2	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,89% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,89% Cobertura</p> <p>Eu gostava que, por exemplo, eles fixassem um dia, uma hora, para dizer quando lá vão.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,96% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,96% Cobertura</p> <p>A nível de marcações, quando vêm, nunca é a uma hora certa como será lógico e normal. Porque tudo depende do tempo que se vai passar com um doente. Mas normalmente, elas dizem - hoje é às tantas! - e eu digo: lih, é muito cedo. Vai-se juntar ... como, por exemplo, na 6ª feira juntou-se toda a gente! Nós tentamos sempre, mesmo com a Enfermeira, coordenar as horas mais ou menos a que vem o apoio domiciliário para o banho e as horas a que vem eles (ECCI) vêm. Para não ficarem todos juntos... aqui não é nenhuma escola de enfermagem - de batas brancas (ri-se).</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Organização geral da equipa de enfermagem da ECCI			<p>&lt;Internos\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,09% Cobertura]  Referência 1 - 2,06% Cobertura  Tenho o telefone dela e, qualquer situação, ligo. Às vezes com uma dúvida até que me aparece, eu ligo-lhe. Nem que seja por um sistema de enfermagem, que não tenha nada a ver com ela, eu estou-lhe a ligar. E ela nunca me recusou chamadas rigorosamente nenhuma. Sempre foi muito simpática. Às vezes diz - não estou ao serviço, mas eu vou ligar para lá e eles ligam consigo. E eles ligaram.  Referência 2 - 1,04% Cobertura  A nível de marcações, quando vêm, nunca é a uma hora certa como será lógico e normal. Porque tudo depende do tempo que se vai passar com um doente. Mas normalmente, elas dizem - hoje é às tantas!</p>
7 CONTINUIDADE DOS CUIDADOS	0	0	
Articulação entre profissionais	3	5	<p>&lt;Internos\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,07% Cobertura]  Referência 1 - 2,33% Cobertura  Eles têm vindo duas/três vezes por dia. Agora até vêm à noite, ontem era quase onze horas quando veio a enfermeira para a mudar, para os posicionamentos. Não estava suja, se não elas também mudavam a fralda.  Referência 2 - 4,74% Cobertura  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.  &lt;Internos\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,83% Cobertura]  Referência 1 - 0,83% Cobertura  Às vezes diz - não estou ao serviço, mas eu vou ligar para lá e eles ligam consigo. E eles ligaram. Portanto, acho que a esse nível acho que está bom. Sim!  &lt;Internos\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,29% Cobertura]  Referência 1 - 1,32% Cobertura  Eu tenho os contactos das Sras. Enfermeiras e entre uma, tenho o número pessoal onde consigo me comunicar e daí passam uns para os outros.  Referência 2 - 0,97% Cobertura  Sim, sim. Se não há uma há outra, uma pessoa tem sempre ligação e eles transmitem uns para os outros.</p>
Encaminhamento em situações de urgência	2	2	<p>&lt;Internos\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,85% Cobertura]  Referência 1 - 5,85% Cobertura  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada. Nada!  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada mais.  &lt;Internos\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,50% Cobertura]  Referência 1 - 1,50% Cobertura  mas quando lhe dá aquelas infeções tem de vir para o hospital.</p>
8 Expectativa global com a ECCI	6	13	<p>&lt;Internos\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [5,40% Cobertura]  Referência 1 - 5,40% Cobertura  Se os enfermeiros forem lá a casa as coisas ficam melhor.  &lt;Internos\3PM_E&gt; - § 3 referências codificadas [7,18% Cobertura]  Referência 1 - 3,10% Cobertura  Acho uma coisa muitíssimo boa, muitíssimo boa! Porque se a minha mãe chegar a ir para casa, agora, é que eu vou fazer para ter. Porque cada vez vai ser mais complicado.  Referência 2 - 1,18% Cobertura  Agora vamos ver como vai ser... Mas mais do que isto não preciso!  Referência 3 - 2,90% Cobertura  De qualquer maneira a minha mãe está-me a ficar... e isso (este apoio) vai-me aliviar! Basta-me dar-lhe carinho e amor, que é o que ela precisa com esta idade!  &lt;Internos\4PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,00% Cobertura]  Referência 1 - 5,51% Cobertura  Espero que seja bom. Enfermeiros e o médico se ela precisar. E o banho também é uma ajuda boa! É muito bom ter estas pessoas que ajudam a gente, não é?  Referência 2 - 1,50% Cobertura  Com esta ajuda penso que vai ser melhor!  &lt;Internos\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,17% Cobertura]  Referência 1 - 1,17% Cobertura  Espero um pouco de ajuda, principalmente agora nos primeiros tempos, porque a doença do meu pai é-me desconhecida.  &lt;Internos\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,80% Cobertura]  Referência 1 - 0,81% Cobertura  Estas que têm vindo aqui, pode até haver algumas que não sejam, mas estas que têm vindo aqui... é uma equipa fabulosa. Sinceramente é uma equipa fabulosa.  Referência 2 - 0,99% Cobertura  Mas não tenho nada que dizer, pelo contrário, estou satisfeítissima. Estou satisfeita, são... satisfeita mesmo! Acho que já deveria ter havido este programa há muito mais tempo! Acho eu.  &lt;Internos\9PC_E&gt; - § 4 referências codificadas [9,31% Cobertura]  Referência 1 - 3,80% Cobertura  Tem uma mais-valia, está muito melhor amparado a nível de enfermagem, de cuidados que ele precise, a nível de higiene também não tinha e (agora) tenho. Era só eu que tratava dele, agora uma vez por semana tenho a ajuda da auxiliar da equipe. Tinha direito a duas, só que o meu [nome do filho] faz muitas infeções pulmonares e como faço a higiene diária, pelo menos uma vez vai a um banho profundo.  Referência 2 - 0,71% Cobertura  (sobre como considera a assistência prestada atualmente) De um a dez? Dez.  Referência 3 - 2,19% Cobertura  (sobre conjuntura social) Sim, o que eu peço, como falei, que não passe pela cabeça do Estado em retirar estes cuidados continuados a pessoas que tanto necessitam, só faz bem. Bem para o doente e bem para quem está a tratar deles.  Referência 4 - 2,60% Cobertura  (propostas de melhoria) Se for assim, é como eu digo, o [nome do filho] está bem entregue. Agora, só se lhe dessem melhor qualidade de vida futura, assim uma vida mesmo vida. Agora a qualidade de vida dele está garantida com esta equipa, amparado assim pela equipa da ECCI.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Fatores que podem influenciar as expectativas	0	0	
1 Compreensão da missão da ECCI	0	0	
Falta de explicação do que é a ECCI	1	1	<Internos\\2DM_E> - § 1 referência codificada [3,48% Cobertura] Referência 1 - 3,48% Cobertura (sobre a ECCI) não me explicaram nada.
Foi explicado o que é a ECCI	3	3	<Internos\\10PE_E> - § 1 referência codificada [1,41% Cobertura] Referência 1 - 1,41% Cobertura (sobre explicação do que é a ECCI) Elas disseram que só vinham tratar dela. Era o fundamental, fazer-lhe os curativos e tudo. <Internos\\8PC_E> - § 1 referência codificada [0,39% Cobertura] Referência 1 - 0,39% Cobertura (sobre se lhe explicaram sobre o que seria este serviço) Sim, exactamente! <Internos\\9PC_E> - § 1 referência codificada [3,14% Cobertura] Referência 1 - 3,14% Cobertura (sobre explicação do que é a ECCI) Sim, era os serviços continuados. Portanto, em vez de estar no Hospital a fazer os tratamentos que tinham que ser feitos, vinha uma enfermeira a casa fazia exactamente o que fazem no Hospital e fazem aqui em casa, vem ao domicílio fazer. Tratar de qualquer tipo de problema que surja ao doente.
Forma de proposta de referenciação	0	0	
Foi proposto	9	11	<Internos\\10PE_E> - § 1 referência codificada [1,87% Cobertura] Referência 1 - 1,87% Cobertura (sobre sugestão do apoio) Não (não fui eu a pedir), foi o seguinte: ela esteve três semanas no hospital e ao regressar do hospital é que vieram cá depois tratar dela. <Internos\\11PE_E> - § 2 referências codificadas [9,64% Cobertura] Referência 1 - 6,84% Cobertura (sobre proposta para a ECCI) Não, foi através do hospital, como a minha sogra foi num aspecto grave. Mesmo... o cheiro era... não se suportava. Ela tinha uma infecção que aquilo não se podia aguentar. O médico disse que não sabia como podia estar assim a senhora. Ela morria "podre"! A enfermagem vinha aqui eu estava sempre a dizer à enfermagem para falar com a médica para ver o que se estava a passar, que aquilo não estava bem... (...) Deixou-se andar, andar e chegou a um ponto que não se aguentava. A minha sogra, nem sei porquê que foi, vomitou, eu chamei os Bombeiros e levei-a ao hospital da primeira vez, o médico ficou admirado como é que ela chegou aquele ponto. Perguntou logo quem era a médica, quem a estava a assistir. A partir daí eles começaram logo a tratar de ter outra equipa porque esta equipa não estava a... Referência 2 - 2,80% Cobertura Quando ela foi para ter alta, depois a minha filha é que que ia lá todos os dias às onze horas que era para estar com os médicos para ver com o próprio médico que a estava a tratar para ver como é que ela estava e depois como ela vinha embora e assim, depois é que falaram à minha filha. Em princípio acho que seria o médico que a assistia. <Internos\\3PM_E> - § 1 referência codificada [2,31% Cobertura] Referência 1 - 2,31% Cobertura Foi-me proposto! Tudo proposto pela assistente social. Chamaram-me logo cá ao hospital, logo quando a minha mãe foi internada, <Internos\\4PM_E> - § 1 referência codificada [2,44% Cobertura] Referência 1 - 2,44% Cobertura Fui chamada para me proporem, para os enfermeiros e para o banho. <Internos\\5DC_E> - § 1 referência codificada [9,81% Cobertura] Referência 1 - 9,81% Cobertura A ECCI já vai lá a casa e foi-me proposto há já alguns tempos. <Internos\\6PC_E> - § 1 referência codificada [3,30% Cobertura] Referência 1 - 3,30% Cobertura (...) A minha avó informou-se com a médica de família e aconselhou-lhe este serviço (a ECCI). A minha avó considerou bem e aceitou. <Internos\\7PC_E> - § 2 referências codificadas [2,06% Cobertura] Referência 1 - 0,39% Cobertura Foi-me proposto a ECCI e não conhecia. Referência 2 - 1,67% Cobertura A ECCI era um serviço que eu não conhecia... e que fico agradecida por me perguntarem isto. Porque ajudam-me a mim e eu ajudo os enfermeiros com as minhas respostas. <Internos\\8PC_E> - § 1 referência codificada [0,81% Cobertura] Referência 1 - 0,81% Cobertura Foi-me proposto, eu nem sequer sabia que existia. A primeira vez que estivemos no hospital, a assistente social falou connosco. Foi a assistente social! <Internos\\9PC_E> - § 1 referência codificada [0,71% Cobertura] Referência 1 - 0,71% Cobertura (sobre a integração na ECCI) Foi-me proposto. Pelo Hospital Pedro Hispano.
Perceção de quem fez a referenciação	0	0	

Enfermeiro	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,29% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,29% Cobertura</p> <p>Aqui foram as enfermeiras que vieram, o meu médico não veio. O meu médico Dr. [nome do médico de família] vem cá em 15/15 dias, mas agora está de férias nem tem vindo. Por acaso é muito boa pessoa também.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,43% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,43% Cobertura</p> <p>Foi a equipa de enfermagem, que como o [nome do filho] tinha úlceras de pressão, ele tinha que ser visto em casa para dar continuidade ao tratamento das úlceras de pressão, então sugeriram, a equipa da UCCL, então ficou ligado à rede, desde aí nunca mais...</p>
------------	---	---	---

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Médico	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,80% Cobertura]  Referência 1 - 2,80% Cobertura  Quando ela foi para ter alta, depois a minha filha é que ia lá todos os dias às onze horas que era para estar com os médicos para ver com o próprio médico que a estava a tratar para ver como é que ela estava e depois como ela vinha embora e assim, depois é que falaram à minha filha. Em princípio acho que seria o médico que a assistia.</p> <p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,30% Cobertura]  Referência 1 - 3,30% Cobertura  (...) A minha avó informou-se com a médica de família e aconselhou-lhe este serviço (a ECCI). A minha avó considerou bem e aceitou.</p>
Técnico de Serviço Social	2	2	<p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,31% Cobertura]  Referência 1 - 2,31% Cobertura  Foi-me proposto! Tudo proposto pela assistente social. Chamaram-me logo cá ao hospital, logo quando a minha mãe foi internada,</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,81% Cobertura]  Referência 1 - 0,81% Cobertura  Foi-me proposto, eu nem sequer sabia que existia. A primeira vez que estivemos no hospital, a assistente social falou connosco. Foi a assistente social!</p>
Preferência de local de cuidados na RNCCI	0	0	
Preferência pela ECCI	8	12	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,30% Cobertura]  Referência 1 - 4,30% Cobertura  (outras propostas de cuidados continuados) Sim, eu em princípio ainda tentei interná-la no Lar de [nome] onde trabalhei algum tempo, em part-time, mas depois não me atenderam e como não me atenderam, também hoje nem que ela precisasse, não queria que ela saísse de casa.  Agora daqui ninguém a tira a não ser para o cemitério. Nem que fosse para o hospital, hoje já não a deixava ir.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,35% Cobertura]  Referência 1 - 1,35% Cobertura  (sobre se propuseram outros serviços de cuidados continuados) Não.  (se preferia que ficasse internada ou num Lar) Não, eu acho que ela está melhor aqui em casa.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 4 referências codificadas [13,27% Cobertura]  Referência 1 - 1,71% Cobertura  De resto está melhor em casa, com os cuidados que lhe estão a prestar</p> <p>Referência 2 - 5,43% Cobertura  Fui eu que pedi. Pedi... porque me diziam que ele podia ir para os cuidados continuados para um hospital. Mas eu sou franca, também tirá-lo de casa não queria... em casa com os cuidados continuados, parece que é assim que se diz.</p> <p>Referência 3 - 4,19% Cobertura  É assim, se eu pudesse que ele esteja em casa e que vão dar lá esse apoio, esses enfermeiros que são uns anjos... acredite que são uns anjos mesmo! Tratam-no bem... muito, muito!</p> <p>Referência 4 - 1,93% Cobertura  Antes quero que vá para casa... agora com esta equipa. Sem esta equipa é que não!</p> <p>&lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,66% Cobertura]  Referência 1 - 2,66% Cobertura  mas preferia estar em casa.</p> <p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [9,28% Cobertura]  Referência 1 - 6,17% Cobertura  Porque eu não tenho problema nenhum em ter a minha mãe comigo. Nem rejeito a minha mãe, nem de maneira nenhuma... é muito complicado tê-la aqui. Preferia que ela estivesse em casa, é! O que não posso é tê-la em casa com febre e da maneira que ela está. Ela delira, ela fica mal, a ponto de ter de chamar o INEM para a socorrer em casa...</p> <p>Referência 2 - 3,10% Cobertura  Acho uma coisa muitíssimo boa, muitíssimo boa! Porque se a minha mãe chegar a ir para casa, agora, é que eu vou fazer para ter. Porque cada vez vai ser mais complicado.</p> <p>&lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,32% Cobertura]  Referência 1 - 3,32% Cobertura  Prefiro ir para casa.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,44% Cobertura]  Referência 1 - 3,44% Cobertura  Eu preferia que enquanto ele não estiver bem, eu prefiro que ele esteja aqui no hospital! Sei e vejo que tem sido bem tratado. Tem sido tratado de mais... até têm-lhe dado mimo a mais! ... mas prontos, logo que esteja bom, não está aqui a ocupar um espaço nem nada, preferia que ele fosse para casa e que tivesse uma ajuda na assistência.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [6,01% Cobertura]  Referência 1 - 6,01% Cobertura  (outra preferência de cuidados continuados) Não, na altura quando me falaram era para vir ao domicílio, o que tinham falado é que nos continuados havia uma altura do ano onde estavam 90 dias à ajuda do cuidador, assistência ao cuidador, ou assim, para que ele... só que no [nome do filho] não é possível porque acham que ele não está em fase terminal, que é para isso que existe fase terminal, eu tentei procurar para ele fazer umas férias, só que não era possível, quer dizer, ou era muito longe ou então na rede não entrava para este tipo dos continuados, devia ser esse tal internamento temporário, então só usufruir ao do micílio.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Preferência pelo Internamento	3	3	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,76% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,76% Cobertura</p> <p>) Só é pena mandarem-no assim... embora tão mal! Mas...</p> <p>Eu não gostaria que ficasse aqui! Queria que o mandassem melhor</p> <p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [13,90% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 13,90% Cobertura</p> <p>Preferia que ela, pronto, estivesse aqui mais algum tempo. Que ela tem muitas dores e acho que ela não tem condições para estar em casa. Preferia que estivesse mais algum tempo, para ver se melhorava, não é? Porque já se sabe que ela não pode ficar aqui toda a vida...(...) mas pelo menos mais algum tempo, para ver se recuperava mais um bocadinho, para depois estar melhor em casa.</p> <p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [11,99% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 11,99% Cobertura</p> <p>Eu sou defensor que só devemos sair do hospital, não digo a 100% (...), mas estar o máximo possível melhor. Não é sair daqui com dores, que não adianta estar em casa com dores. Não há nenhum médico... em casa. Mesmo que haja um médico... não vai estar lá a tomar conta dele, também tem os doentes dele, não é! Estar no hospital, sim! E só sair de lá quando estiver 100% certeza que ele está bom!</p> <p>Na minha opinião, só queria que ele saísse daqui quando ele estivesse mesmo bem!</p>
Recusa pelos Cuidados Continuados Internamento	1	1	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [8,64% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 8,64% Cobertura</p> <p>Fui eu que pedi. Pedi... porque me diziam que ele podia ir para os cuidados continuados para um hospital. Mas eu sou franca, também tirá-lo de casa não queria... em casa com os cuidados continuados, parece que é assim que se diz.</p> <p>"Há uma" eu não tenho dinheiro para andar para longe, porque às vezes calha muito longe. Depois ficava lá sozinho, e era uma tristeza.</p>
<b>2 Condição de saúde da pessoa dependente, na percepção do cliente</b>	0	0	
Agravamento da condição de saúde do dependente (Físico e Mental)	5	11	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [8,48% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,77% Cobertura</p> <p>Dependente a partir Maio. Apesar que quando esteve na filha já lhe tinha dado um AVC, foi a meio do mês de Abril, mas ela ainda andava, embora andasse pouco. A partir que veio para aqui é que deixou de andar. Já andou numa cadeira de rodas, andava comigo para aqui e para acolá, ali fora, (...) Mas depois chegou a um ponto que o corpo dela já não se segurava e foi indo lentamente - lentamente, eu acho que até foi muito galopante - para o estado que ela...</p> <p>Referência 2 - 3,24% Cobertura</p> <p>(sobre as úlceras) Já, começou pelo cóccix e depois é que começou a evoluir, evoluir, até que chegou a um ponto que ganho uma infecção muito grande. Depois aí começou-se a agravar na anca, que é o que ainda está agora e vamos lá ver se a coisa ainda... mas tem sido uma doença muito galopante. (...) Ela já foi às urgências para aí três ou quatro vezes e ficou logo internada durante oito dias.</p> <p>Referência 3 - 1,46% Cobertura</p> <p>Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 3 referências codificadas [4,36% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,79% Cobertura</p> <p>porque agora tem de ser na cama...</p> <p>Referência 2 - 2,17% Cobertura</p> <p>Quem dava banho era a minha filha... mas agora ele está pior! Está muito inchado... Agravou-se.</p> <p>Referência 3 - 1,41% Cobertura</p> <p>Mas ele está tão mal agora... são duas pessoas para o virar.</p> <p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,23% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,23% Cobertura</p> <p>está três ou quatro dias em casa e piora e volta para o hospital...</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,36% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,80% Cobertura</p> <p>Toma os remédios que lhe pomos no copinho... ainda não está esclerosado completamente. Tem o Parkinson há já bastantes anos e tem-se agravado com as ultimas coisas que tem acontecido... o ano passado teve o acidente com a prótese, a deslocação da prótese da anca e agora isto.</p> <p>Referência 2 - 0,56% Cobertura</p> <p>estou a vê-lo de dia para dia a ficar mais debilitado...</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,29% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,55% Cobertura</p> <p>Cuidado directo, é assim: o meu pai teve há 17 anos um AVC. Portanto quando veio para casa veio acamado e nós tivemos de prestar esse serviço. Depois com imensas fisioterapias ele recuperou, não a 100%, mas como eu costume dizer: andava sozinho, tomava banho sozinho, comia sozinho, só tínhamos apenas o cuidado de se ele caísse não se levantasse, portanto - era uma prestação de cuidados mínima digamos assim. Agora desde o ano passado, desde Novembro, são estes... está acamado.</p> <p>Referência 2 - 0,74% Cobertura</p> <p>E eu acho que o que agravou mais foi o estado psíquico, ele está completamente lúcido, está tudo bem. Mas está mais parado, mais prostrado.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Compromissos da mobilidade do dependente	6	7	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [3,77% Cobertura]  Referência 1 - 3,77% Cobertura  Dependente a partir Maio. Apesar que quando esteve na filha já lhe tinha dado um AVC, foi a meio do mês de Abril, mas ela ainda andava, embora andasse pouco. A partir que veio para aqui é que deixou de andar. Já andou numa cadeira de rodas, andava comigo para aqui e para acolá, ali fora, (...) Mas depois chegou a um ponto que o corpo dela já não se segurava e foi indo lentamente - lentamente, eu acho que até foi muito galopante - para o estado que ela...</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,19% Cobertura]  Referência 1 - 0,79% Cobertura  porque agora tem de ser na cama...</p> <p>Referência 2 - 1,41% Cobertura  Mas ele está tão mal agora... são duas pessoas para o virar.</p> <p>&lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [8,06% Cobertura]  Referência 1 - 8,06% Cobertura  O mais difícil para mim é fazer o comer e como não consigo caminhar... ir à casa de banho...</p> <p>&lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [9,97% Cobertura]  Referência 1 - 9,97% Cobertura  O meu maior problema é a perna... em deslocar-me para os lados.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,80% Cobertura]  Referência 1 - 2,80% Cobertura  Toma os remédios que lhe pomos no copinho... ainda não está esclerosado completamente. Tem o Parkinson há já bastantes anos e tem-se agravado com as ultimas coisas que tem acontecido... o ano passado teve o acidente com a prótese, a deslocação da prótese da anca e agora isto.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [51,19% Cobertura]  Referência 1 - 51,19% Cobertura  Apresenta anquiloses (Doença de Parkinson), pelo que precisava de reabilitação física.</p>
Falta de força do dependente	4	7	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [9,71% Cobertura]  Referência 1 - 2,68% Cobertura  Ela é magrinha mas é um corpo pesado, que não dá jeito nenhum. E tem este braço, que é o lado esquerdo, está paralisado - ela não dá jeito. A gente também quer estica-lo, mas ficou muito preso e não dá muito jeito a virá-la, mesmo de um lado para o outro. Mas tem que ser! Ela também não pode estar sempre no mesmo sítio.</p> <p>Referência 2 - 3,77% Cobertura  Dependente a partir Maio. Apesar que quando esteve na filha já lhe tinha dado um AVC, foi a meio do mês de Abril, mas ela ainda andava, embora andasse pouco. A partir que veio para aqui é que deixou de andar. Já andou numa cadeira de rodas, andava comigo para aqui e para acolá, ali fora, (...) Mas depois chegou a um ponto que o corpo dela já não se segurava e foi indo lentamente - lentamente, eu acho que até foi muito galopante - para o estado que ela...</p> <p>Referência 3 - 3,27% Cobertura  Eu até estou muito à vontade com eles e, às vezes, digo-lhes: ela pode ter alguma infecção na bexiga, vocês vejam - façam-lhe o teste. Eu estou sempre preocupada por eu não quero que ela esteja muito tempo no hospital. Porque já basta ela já estar muito dependente, ela já não tem músculos e já não tem defesas. E os médicos já dizem que, cada vez que ela vai lá, ela já está muito debilitada.</p> <p>&lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,38% Cobertura]  Referência 1 - 2,38% Cobertura  pois tenho falta de força...</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,22% Cobertura]  Referência 1 - 0,42% Cobertura  Porque o corpo dele está muito fraquinho</p> <p>Referência 2 - 2,80% Cobertura  Toma os remédios que lhe pomos no copinho... ainda não está esclerosado completamente. Tem o Parkinson há já bastantes anos e tem-se agravado com as ultimas coisas que tem acontecido... o ano passado teve o acidente com a prótese, a deslocação da prótese da anca e agora isto.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,25% Cobertura]  Referência 1 - 1,25% Cobertura  tudo. Mas o que é que acontece, o meu pai é muito alto, comparativamente a mim, portanto consigo tirá-lo... conseguia, porque agora ele tem muito menos forças. Consigo tirá-lo da cama, para a cadeira, sem problema rigorosamente nenhum.</p>
Sistema imunitário deficitário do dependente	3	4	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [3,27% Cobertura]  Referência 1 - 3,27% Cobertura  Eu até estou muito à vontade com eles e, às vezes, digo-lhes: ela pode ter alguma infecção na bexiga, vocês vejam - façam-lhe o teste. Eu estou sempre preocupada por eu não quero que ela esteja muito tempo no hospital. Porque já basta ela já estar muito dependente, ela já não tem músculos e já não tem defesas. E os médicos já dizem que, cada vez que ela vai lá, ela já está muito debilitada.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,88% Cobertura]  Referência 1 - 0,88% Cobertura  coitadinho... não tem defesas nenhuma...</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [0,98% Cobertura]  Referência 1 - 0,42% Cobertura  Porque o corpo dele está muito fraquinho</p> <p>Referência 2 - 0,56% Cobertura  estou a vê-lo de dia para dia a ficar mais debilitado...</p>
<b>3 Condição do MFPC, na percepção do cliente</b>	0	0	
Autoeficácia percecionada do MFPC	0	0	
O que o MFPC consegue fazer	0	0	
Administrar Medicação	1	1	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,00% Cobertura]  Referência 1 - 1,00% Cobertura  dava-lhe o remédio quando era para dar.</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Arranjo da Casa	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,47% Cobertura]  Referência 1 - 2,47% Cobertura  (Cuidados prestados pelo MFPC) Os cuidados que eu tenho é dar-lhe de comer e ver se ela está sempre bem, dá-lhe água, lavar a roupa toda e pô-la a secar, que já não é tão pouco como isso. A vida que um casal faz em casa.</p>
Confeccionar Alimentos	3	3	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,98% Cobertura]  Referência 1 - 5,98% Cobertura  O comer vou-lhe dando, vou fazendo eu ao Sábado. Veio cá uma senhora nutricionista e que deu um programa do que ela havia de comer e eu dentro daquilo faço. Eu faço-lhe a sopa com muitos legumes, umas vezes faço com vitela, outras vezes com frango, outras vezes com peru, com peixe, às vezes com ovos, dentro do programa que me disseram, e fruta elas mandaram me dar-lhe peça e meia de fruta da época. Eu ainda hoje lhe dei quatro peças. Cozo e vai, ela come. Pois é, vai tolerando.  Sou (confeccionar alimentos) e para mim também.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]  Referência 1 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.  &lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,58% Cobertura]  Referência 1 - 3,58% Cobertura  Eu ajudo naquilo que posso, faço o comer e isso tudo... mas diretamente a minha tia, a minha mãe e a minha avó, tratam mais do que eu próprio.</p>
Dar Banho	4	7	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,90% Cobertura]  Referência 1 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.  Referência 2 - 0,44% Cobertura  (apoio para dar o banho) Não, somos nós que o damos.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,98% Cobertura]  Referência 1 - 3,14% Cobertura  Eram os filhos que lhe davam banho...e agora vamos ver se os senhores enfermeiros lhe podem dar isso... porque agora tem de ser na cama...  Referência 2 - 0,83% Cobertura  Quem dava banho era a minha filha...  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,68% Cobertura]  Referência 1 - 2,85% Cobertura  sim, sim... sou eu que lhe dou o banhinho na cama, não tenho problema nenhum. Dou-lhe aos bocados, dou-lhe da cinta para baixo, dou-lhe da cinta para cima.  Referência 2 - 4,83% Cobertura  Tenho a minha nora que me ajuda, às vezes, no banho... mas não posso contar com ela, que ela tem a vida dela. Eu tenho de contar comigo! Só! E o meu marido também. (...). Já temos aquele jeito especial (...) eu e o meu marido somos os únicos que sabemos lidar com ela  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,92% Cobertura]  Referência 1 - 0,92% Cobertura  (sobre outras dificuldades) No banho, como temos o apoio domiciliário, eles dão-lhe banho. Vêm de 2ª a 6ª. Só ao fim de semana é que não. Ao fim de semana já sobra para nós.</p>
Dar Conforto	4	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,64% Cobertura]  Referência 1 - 4,17% Cobertura  (sobre quem presta cuidados directos) Sou seu! Quando a rapariga cá vem dá-lhe de comer, quando não vem, sou eu que lhe dou. Já hoje lhe dei comer ao meio dia, vou-lhe dar à noite, enfim, e depois vem cá as colegas (ECCI) para a posicionar de noite. E é isto, de noite eu estou sempre à cuca, como se costuma dizer, para ver se ela às vezes está descoberta... para a cobrir.  Referência 2 - 2,47% Cobertura  (Cuidados prestados pelo MFPC) Os cuidados que eu tenho é dar-lhe de comer e ver se ela está sempre bem, dá-lhe água, lavar a roupa toda e pô-la a secar, que já não é tão pouco como isso. A vida que um casal faz em casa.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]  Referência 1 - 1,46% Cobertura  Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,83% Cobertura]  Referência 1 - 1,83% Cobertura  Consigno cobri-lo, consigo chamar as pessoas, falo com ele quando ele falava...  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,59% Cobertura]  Referência 1 - 0,59% Cobertura  se tiver que a mudar, eu mudo-a...</p>



Dar de Comer e Beber	4	6	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [14,34% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,17% Cobertura (sobre quem presta cuidados directos) Sou seu! Quando a rapariga cá vem dá-lhe de comer, quando não vem, sou eu que lhe dou. Já hoje lhe dei comer ao meio dia, vou-lhe dar à noite, enfim, e depois vem cá as colegas (ECCI) para a posicionar de noite. E é isto, de noite eu estou sempre à cuca, como se costuma dizer, para ver se ela às vezes está descoberta... para a cobrir.</p> <p>Referência 2 - 2,47% Cobertura (Cuidados prestados pelo MFPC) Os cuidados que eu tenho é dar-lhe de comer e ver se ela está sempre bem, dá-lhe água, lavar a roupa toda e pô-la a secar, que já não é tão pouco como isso. A vida que um casal faz em casa.</p> <p>Referência 3 - 7,70% Cobertura O comer vou-lhe dando, vou fazendo eu ao Sábado. Veio cá uma senhora nutricionista e que deu um programa do que ela havia de comer e eu dentro daquilo faço. Eu faço-lhe a sopa com muitos legumes, umas vezes faço com vitela, outras vezes com frango, outras vezes com peru, com peixe, às vezes com ovos, dentro do programa que me disseram, e fruta elas mandaram me dar-lhe peça e meia de fruta da época. Eu ainda hoje lhe dei quatro peças. Cozo e vai, ela come. Pois é, vai tolerando. Sou (confeccionar alimentos) e para mim também.</p> <p>Consegue, por enquanto ainda consegue. Por exemplo, o leite com a farinha dou-lhe com a seringa, mas de contrário dou-lhe com a colher e ela come bem.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,46% Cobertura Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,33% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,33% Cobertura Dou de comer...</p> <p>&lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,21% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,21% Cobertura A mulher e a filha ajudam-me mais na comida.</p>
Dar Segurança	3	4	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,64% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,17% Cobertura (sobre quem presta cuidados directos) Sou seu! Quando a rapariga cá vem dá-lhe de comer, quando não vem, sou eu que lhe dou. Já hoje lhe dei comer ao meio dia, vou-lhe dar à noite, enfim, e depois vem cá as colegas (ECCI) para a posicionar de noite. E é isto, de noite eu estou sempre à cuca, como se costuma dizer, para ver se ela às vezes está descoberta... para a cobrir.</p> <p>Referência 2 - 2,47% Cobertura (Cuidados prestados pelo MFPC) Os cuidados que eu tenho é dar-lhe de comer e ver se ela está sempre bem, dá-lhe água, lavar a roupa toda e pô-la a secar, que já não é tão pouco como isso. A vida que um casal faz em casa.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,46% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,46% Cobertura Os cuidados que precisa são de lhe dar o comer, de a tratar, de a lavar, de lhe dar o banho, porque ela transpira muito, agora, e estar sempre a virar de um lado para o outro.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,64% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,64% Cobertura consigo chamar as pessoas,</p>
Desfazer a Barba	1	1	<p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,26% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,26% Cobertura Estamos sempre a aprender, não é. Por exemplo há cerca de um ano faço a barba ao meu avô.</p>
Levantar e Sentar	2	3	<p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,59% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,40% Cobertura Só preciso do meu marido para a sentar no cadeirão porque eu não posso por!</p> <p>Referência 2 - 1,19% Cobertura E já consegui pegar nela, por 2 ou 3 vezes, e pô-la no cadeirão.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,22% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,22% Cobertura Mas o que é que acontece, o meu pai é muito alto, comparativamente a mim, portanto consigo tirá-lo... conseguia, porque agora ele tem muito menos forças. Consigo tirá-lo da cama, para a cadeira, sem problema rigorosamente nenhum.</p>
O que o MFPC não consegue fazer	0	0	
Cuidar da Colostomia	1	2	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [8,03% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,74% Cobertura ... esta operação que ele fez agora, que eu não sei dizer o nome, ele teve que puxar o intestino para fora e fazer as suas necessidades para o saquinho... porque eu nem sabia como isso funcionava. Já aprendi, não acho que seja assim muito difícil de eu fazer isso. Agora é assim, tem uma limpeza que é sempre muito, muito necessária e é nesse aspecto que eu tenho mais medo. Realmente que eu não esteja a fazer aquele limpeza que seja necessário e isso provoque depois alguma infecção ou alguma coisa do género... que a mim me falha, porque eu não percebo nada disso.</p> <p>Referência 2 - 2,29% Cobertura A minha maior dificuldade, agora no princípio, é este problema do estoma de meter o saquinho. Tenho medo de fazer asneiras, medo de não saber fazer as coisas direitas e estou a vê-lo de dia para dia a ficar mais debilitado...</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Dar Banho	2	3	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,03% Cobertura]  Referência 1 - 4,83% Cobertura  E prontos precisava que realmente que ... sozinha não consigo e duas pessoas é complicado... mesmo... para lhe dar porque ele não se consegue segurar nas pernas... tem de ser sempre uma pessoa a segurá-lo para outra dar banho... mas tenho uma casa de banho própria com o banquinho próprio para lhe dar banho... tenho isso tudo lá em casa. Só precisava realmente de mais um dia que dizem que está tudo muito cheio, mas agora a Dra. Assistente social vai ver se me arranja mais um dia.  Referência 2 - 2,20% Cobertura  Durante os outros dias sou eu e o meu filho que lhe vamos dando banho - duarnte os outros dias. Não estamos tão habituados... banho mais parcial... conseguimos pô-lo em pé... mas elas sempre estão mais habituadas aquilo...  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,54% Cobertura]  Referência 1 - 0,54% Cobertura  Eu. A minha mãe. Depois temos o apoio domiciliário que vem dar a higiene pessoal - só para a higiene.</p>
Deitar	2	2	<p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,65% Cobertura]  Referência 1 - 2,65% Cobertura  O que eu não consigo é pô-la do cadeirão para a cama! Isso é que eu não consigo. Tenho de ter sempre alguém. Tenho o meu marido, está em casa.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,43% Cobertura]  Referência 1 - 2,43% Cobertura  Agora da cadeira para a cama, eu fico-lhe assim aqui em baixo, não é. E ele curva-se todo e eu não consigo sozinha, eu não tenho hipótese. Tenho de pedir sempre ajuda à minha mãe, por isso é que ela ficou com a coluna num oito. Teve uma contractura.  O meu pai é uma pessoa normal, nunca foi gordo. É uma pessoa normal, forte, mas não obesa. Agora, de cara, olhando para ele está normal. Eu quase que consigo pegar nele ao colo. Está extremamente emagrecido.</p>
Movimentar e transferir o dependente	2	2	<p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,66% Cobertura]  Referência 1 - 0,66% Cobertura  O meu problema é no movimentá-la.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,54% Cobertura]  Referência 1 - 1,54% Cobertura  Como eu trabalho, tenho da parte da tarde uma senhora que ajuda a minha mãe, que eu não estou cá, a: virar o meu pai, a pô-lo na cadeira, tirá-lo da cadeira, esses cuidados básicos - porque a minha mãe também não pode, não é! Tem 76 anos, tem problemas de coluna, tem mais "não sei quê".</p>
Prevenir e Vigiar Infecção da Colostomia	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [5,74% Cobertura]  Referência 1 - 5,74% Cobertura  ... esta operação que ele fez agora, que eu não sei dizer o nome, ele teve que puxar o intestino para fora e fazer as suas necessidades para o saquinho... porque eu nem sabia como isso funcionava. Já aprendi, não acho que seja assim muito difícil de eu fazer isso. Agora é assim, tem uma limpeza que é sempre muito, muito necessária e é nesse aspecto que eu tenho mais medo. Realmente que eu não esteja a fazer aquela limpeza que seja necessário e isso provoque depois alguma infecção ou alguma coisa do género... que a mim me falha, porque eu não percebo nada disso.</p>
Trocar Fralda	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,38% Cobertura]  Referência 1 - 1,38% Cobertura  Presto todos os serviços que posso, não posso é mudar-lhe a fralda, porque já não tenho jeito para isso e não tenho força.</p>
Capacidade do MFPC	0	0	
Indisponibilidade de tempo	2	4	<p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [14,67% Cobertura]  Referência 1 - 3,76% Cobertura  Mas depois de ela ir para casa tenho de ver se posso continuar trabalhar, ou se tenho de ficar em casa...  Referência 2 - 10,91% Cobertura  Explicaram-me que era uma equipa de enfermeiros que iam lá, porque ela ia precisar de tratamento uns dias... porque o centro de saúde está fechado ao fim de semana e ela está a precisar de tratamento uns dias... quando ela não precisar então passa a ir o enfermeiro de família. Foi isso que me disseram.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,71% Cobertura]  Referência 1 - 1,54% Cobertura  Como eu trabalho, tenho da parte da tarde uma senhora que ajuda a minha mãe, que eu não estou cá, a: virar o meu pai, a pô-lo na cadeira, tirá-lo da cadeira, esses cuidados básicos - porque a minha mãe também não pode, não é! Tem 76 anos, tem problemas de coluna, tem mais "não sei quê".  Referência 2 - 3,17% Cobertura  (sobre outras ofertas de substituição) Isso, ah... na situação deste quadro clínico, não é só o doente o doente acamado, existem as pessoas que estão ao lado e, por exemplo, neste caso, eu tenho flexibilidade de horário - ontem entrei às 3 e saí às 2 da manhã! Por tanto tenho flexibilidade de horário, se não for de manhã vou de tarde, ou vou à noite - prontos! E consigo minimamente ajudar! Mas há situações em que eu não posso e que ela fica sozinha (a mãe). Por exemplo eu à noite tenho de estar mais tempo e ela tem de ficar sozinha - fica sozinha até às 2 da manhã e é um bocadinho complicado.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Limitações físicas e força do MFPC	6	10	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,03% Cobertura]  Referência 1 - 3,86% Cobertura  (Cuidados prestados pelo MFPC) Os cuidados que eu tenho é dar-lhe de comer e ver se ela está sempre bem, dá-lhe água, lavar a roupa toda e pô-la a secar, que já não é tão pouco como isso. A vida que um casal faz em casa. Presto todos os serviços que posso, não posso é mudar-lhe a fralda, porque já não tenho jeito para isso e não tenho força.  Referência 2 - 2,17% Cobertura  Mas agora não posso fazer certas coisas, porque dentro de dias vou fazer uma colonoscopia, e não posso comer certas coisas. Vamos ver se vou fazer, já adiei duas vezes e vamos ver se vou fazer...  &lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [10,10% Cobertura]  Referência 1 - 10,10% Cobertura  - O MFPC, embora idoso e aparente um bom estado geral físico (mesmo no seu arranjo pessoal e de autocuidado), refere já ter alguns problemas de saúde e estar a ser vigiado por gastroenterologia;  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [7,01% Cobertura]  Referência 1 - 1,38% Cobertura  Ele (o marido da MFPC) agora também não pode dar as voltas, até de noite também não pode, tenho de ser eu sozinha. Mas ando de todo das mesmas costas. Mas tem de ser!  Referência 2 - 3,56% Cobertura  Ela é magrinha mas é um corpo pesado, que não dá jeito nenhum. E tem este braço, que é o lado esquerdo, está paralisado - ela não dá jeito. A gente também quer estica-lo, mas ficou muito preso e não dá muito jeito a virá-la, mesmo de um lado para o outro. Mas tem que ser! Ela também não pode estar sempre no mesmo sítio. Sim, porque ela estava em Angeiras em casa de uma filha, depois de vir de Angeiras é que veio para aqui.  Referência 3 - 2,07% Cobertura  As dificuldades, é a gente agora já está a ficar sem forças e começa já mais a sentir a coluna. Mas em vez de fazer mais depressa faz-se mais devagar... No principio era uma coisa, mas agora é... sabe que isto é sempre continuado: é de dia e é de noite.  &lt;Internos\\11PM_E&gt; - § 1 referência codificada [7,17% Cobertura]  Referência 1 - 7,17% Cobertura  A minha maior dificuldade é estar assim... (a entrevistada tem um braço sem força muscular), Não poder ser eu a olhar por ele... tenho um braço muito afectado, que não posso fazer nada. Consigo cobri-lo, consigo chamar as pessoas, falo com ele quando ele falava... dava-lhe o remédio quando era para dar.  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,05% Cobertura]  Referência 1 - 1,05% Cobertura  se tiver que a mudar, eu mudo-a... não tenho força, viro-a  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,73% Cobertura]  Referência 1 - 1,54% Cobertura  Como eu trabalho, tenho da parte da tarde uma senhora que ajuda a minha mãe, que eu não estou cá, a: virar o meu pai, a pô-lo na cadeira, tirá-lo da cadeira, esses cuidados básicos - porque a minha mãe também não pode, não é! Tem 76 anos, tem problemas de coluna, tem mais "não sei quê".  Referência 2 - 2,19% Cobertura  Como é que a minha mãe conseguia aguentar 24 sobre 24 horas se tem 76 anos, faz um ano de diferença. Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Ai havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!</p>
Condições físicas e materiais no domicílio	2	2	<p>&lt;Internos\\8PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [14,49% Cobertura]  Referência 1 - 14,49% Cobertura  Tem equipamentos técnicos de ajuda ao seu cuidado.  &lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [39,60% Cobertura]  Referência 1 - 39,60% Cobertura  Tem oxigenoterapia contínua.  Já tinha todos os equipamentos e materiais no seu domicílio, antes de integrar a ECCI.  No seu quarto tem todos os equipamentos e materiais necessários ao seu cuidado - tudo muito bem apetrechado.  Toma banho de imersão, sendo transportado em cadeira para a banheira da casa de banho.</p>
Consciencialização sobre evolução do caso	1	3	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [3,70% Cobertura]  Referência 1 - 1,17% Cobertura  Espero um pouco de ajuda, principalmente agora nos primeiros tempos, porque a doença do meu pai é-me desconhecida.  Referência 2 - 1,97% Cobertura  ... esta operação que ele fez agora, que eu não sei dizer o nome, ele teve que puxar o intestino para fora e fazer as suas necessidades para o saquinho... porque eu nem sabia como isso funcionava.  Referência 3 - 0,56% Cobertura  que a mim me falha, porque eu não percebo nada disso.</p>
Forma do MFPC encarar a situação de dependência	0	0	
Emoções	0	0	
Agudização de hábitos aditivos (álcool)	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [23,13% Cobertura]  Referência 1 - 23,13% Cobertura  - o MFPC tem agudizado hábitos aditivos de consumo de álcool, eventualmente para se refugiar na sua solidão, no seu isolamento, eventualmente na sua depressão e na sua incapacidade de lidar com a situação de dependência da sua esposa. Este início de consumo de álcool, nomeadamente whisky, pode estar associado a alterações da forma de reagir a este estado negativo;  - O MFPC também refere sair um pouco à noite, que deve ser para se distrair;</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Compaixão com o Dependente	2	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,07% Cobertura]  Referência 1 - 6,07% Cobertura  O que me preocupa mais nela, é ela estar ali a sofrer. É o sofrimento, embora ela não se queixe mas a gente sabe que ela que sofre. Ela não chora, não fala, não diz nada, mas ela sente lá dentro. A gente fala para ela, dá-lhe beijos e ela a começa a engolir em seco, porque não pode responder de outra maneira (emociona-se). (...) A vida é assim e é muito complicado.  Sabe porque é que eu digo isto, porque ela quando estava consciente, ela estava sempre a pedir a morte. Sentia-se triste. Estava ali na filha mas sentia-se triste. (...) (...) Além de a gente estar assim, em baixo, de vê-los assim doentes e a gente quer valer e não poder, depois a família estar ainda criticar, e isso é que não admito. E a gente faz tudo por eles.  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [16,26% Cobertura]  Referência 1 - 16,26% Cobertura  A MFPC chorou e emocionou-se várias vezes durante a entrevista, quando falava sobre aquilo que lhe custa mais viver: o sofrimento que a dependente apresenta.</p>
Humor deprimido	3	7	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,95% Cobertura]  Referência 1 - 3,51% Cobertura  (sobre suficiência deste serviço) Eu acho que sim. Eles vêm cá todos os dias, é quase já como uma pessoa que vem ver uma pessoa de família à casa. (...emociona-se)  Sabe, comovo-me com estas coisas assim...  Mas ela tem sido, olhe... optimamente tratada pelas enfermeiras que vêm cá a casa, disso não há dúvida nenhuma.  Referência 2 - 2,43% Cobertura  As minhas maiores dificuldades é não poder falar com ela. De contrário, vou à rua sei que chego, que tenho aqui uma pessoa. Ela parece que me vai conhecendo e vai-me dizendo uma palavra por outra, mas claro. É a vida!  &lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 3 referências codificadas [45,89% Cobertura]  Referência 1 - 23,13% Cobertura  - o MFPC tem agudizado hábitos aditivos de consumo de álcool, eventualmente para se refugiar na sua solidão, no seu isolamento, eventualmente na sua depressão e na sua incapacidade de lidar com a situação de dependência da sua esposa. Este início de consumo de álcool, nomeadamente whisky, pode estar associado a alterações da forma de reagir a este estado negativo;  - O MFPC também refere sair um pouco à noite, que deve ser para se distrair;  Referência 2 - 11,72% Cobertura  - Durante a entrevista apercebemo-nos de uma grande labilidade emocional - tanto sorria, como emocionava com facilidade - talvez fruto da idade avançada, mas também sugestivo de algum grau depressivo e de um humor deprimido,  Referência 3 - 11,04% Cobertura  - O seu grande suporte são, fundamentalmente: a empregada, a ECCI - que não são familiares - pois os seus filhos e netos não são presentes e não dão o suporte que este casal (dependente e MFPC) parece necessitar.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,95% Cobertura]  Referência 1 - 6,07% Cobertura  O que me preocupa mais nela, é ela estar ali a sofrer. É o sofrimento, embora ela não se queixe mas a gente sabe que ela que sofre. Ela não chora, não fala, não diz nada, mas ela sente lá dentro. A gente fala para ela, dá-lhe beijos e ela a começa a engolir em seco, porque não pode responder de outra maneira (emociona-se). (...) A vida é assim e é muito complicado.  Sabe porque é que eu digo isto, porque ela quando estava consciente, ela estava sempre a pedir a morte. Sentia-se triste. Estava ali na filha mas sentia-se triste. (...) (...) Além de a gente estar assim, em baixo, de vê-los assim doentes e a gente quer valer e não poder, depois a família estar ainda criticar, e isso é que não admito. E a gente faz tudo por eles.  Referência 2 - 1,89% Cobertura  Eu até andava com o sistema nervoso, andava alterada... até ninguém podia falar para mim, que eu alterava logo a voz - mas às vezes eu nem sentia, mas era assim. Agora não, agora já as coisas são de outra maneira. É! Ajuda muito!</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Ideação Suicida	2	4	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,68% Cobertura]  Referência 1 - 4,68% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das en  &lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 3 referências codificadas [26,61% Cobertura]  Referência 1 - 6,25% Cobertura  - o MFPC refere ideações suicidas (confirmadas também pela Sra. Enfermeira), que poderão ser apenas chamadas de atenção;  Referência 2 - 9,32% Cobertura  - Um PC que, talvez pela idade, por ser homem e pela sua incapacidade de gerir a situação, tem-se isolado e aparenta sofrimento psicológico relacionado com o estado da sua mulher;  Referência 3 - 11,04% Cobertura  - O seu grande suporte são, fundamentalmente: a empregada, a ECCI - que não são familiares - pois os seus filhos e netos não são presentes e não dão o suporte que este casal (dependente e MFPC) parece necessitar.</p>
Isolamento_Solidão_Sofrimento Psicológico	1	4	<p>&lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 4 referências codificadas [55,21% Cobertura]  Referência 1 - 23,13% Cobertura  - o MFPC tem agudizado hábitos aditivos de consumo de álcool, eventualmente para se refugiar na sua solidão, no seu isolamento, eventualmente na sua depressão e na sua incapacidade de lidar com a situação de dependência da sua esposa. Este início de consumo de álcool, nomeadamente whisky, pode estar associado a alterações da forma de reagir a este estado negativo;  - O MFPC também refere sair um pouco à noite, que deve ser para se distrair;  Referência 2 - 11,72% Cobertura  - Durante a entrevista apercebemo-nos de uma grande labilidade emocional - tanto sorria, como emocionava com facilidade - talvez fruto da idade avançada, mas também sugestivo de algum grau depressivo e de um humor deprimido,  Referência 3 - 9,32% Cobertura  - Um PC que, talvez pela idade, por ser homem e pela sua incapacidade de gerir a situação, tem-se isolado e aparenta sofrimento psicológico relacionado com o estado da sua mulher;  Referência 4 - 11,04% Cobertura  - O seu grande suporte são, fundamentalmente: a empregada, a ECCI - que não são familiares - pois os seus filhos e netos não são presentes e não dão o suporte que este casal (dependente e MFPC) parece necessitar.</p>
Medo da morte do familiar dependente	1	1	<p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,06% Cobertura]  Referência 1 - 2,06% Cobertura  A minha maior dificuldade é saber que ele tem um risco grande de vida, o maior medo é a parte decisiva.  Não, ele a qualquer momento, mesmo pelos médicos, já me falaram que a qualquer momento ele está bem, como pode...</p>
PC Inseguro e que necessita de apoio e validação	1	3	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [4,48% Cobertura]  Referência 1 - 1,86% Cobertura  (sobre os cuidados futuros na ECCI) Aprender e que vejam se estou a fazer direito ou não, para que não haja problemas que possam até ser graves: infecções ou coisas assim do género...  Referência 2 - 1,12% Cobertura  Tenho horror a tudo, doenças, a médicos, e hospitais... tudo que esteja ligado à medicina tenho uma aversão. (...)  Referência 3 - 1,49% Cobertura  O único medo com o meu pai é que eu não faça alguma coisa direita, que ele piore, que tenha qualquer problema - principalmente agora no princípio.</p>
Positivas	2	2	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,18% Cobertura]  Referência 1 - 2,18% Cobertura  Mesmo a "X" ensinou-me e diz: "olhe tem de fazer assim". Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! E ele colabora comigo também, na mesma, não tenho assim problemas. Eu acho que ele melhora, quanto mais não chega quando eu digo - vêm aí as meninas e tal! Eu brinco um bocadinho com ele.  (sobre o serviço) Acho ótima (repete), sinceramente acho ótima!  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,34% Cobertura]  Referência 1 - 3,34% Cobertura  (qual o cuidado mais importante?) É o bem-estar dele. Ele sentir-se bem, porque eu sei que ele é uma criança feliz, além da deficiência dele, profunda, é uma criança feliz. Quando ele não está feliz ele demonstra e o que me preocupa mais é saber que ele tem qualidade de vida e que sente-se bem. Basta ele sorrir que para mim já é sinal que está bem.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Tristeza	4	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,43% Cobertura]  Referência 1 - 2,43% Cobertura  As minhas maiores dificuldades é não poder falar com ela. De contrário, vou à rua sei que chego, que tenho aqui uma pessoa. Ela parece que me vai conhecendo e vai-me dizendo uma palavra por outra, mas claro. É a vida!  &lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [9,32% Cobertura]  Referência 1 - 9,32% Cobertura  - Um PC que, talvez pela idade, por ser homem e pela sua incapacidade de gerir a situação, tem-se isolado e aparenta sofrimento psicológico relacionado com o estado da sua mulher;  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [16,26% Cobertura]  Referência 1 - 16,26% Cobertura  A MFPC chorou e emocionou-se várias vezes durante a entrevista, quando falava sobre aquilo que lhe custa mais viver: o sofrimento que a dependente apresenta.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,82% Cobertura]  Referência 1 - 4,30% Cobertura  O que eu vou esperar daqui... é assim, eu com toda a honestidade sei que o meu pai não vai sair donde está. Por muito que me custe... como filha e como amiga principalmente, que é a relação que nós temos. Temos uma relação, se calhar, muito diferente de alguns pais e filhos da idade deles. (...) Existe entre nós um companheirismo, uma amizade, com o devido respeito, que eu tenho de ter por eles e eles por mim, como pessoas.... Não dá muito para explicar! Somos todos muito amigos e gostamos todos uns dos outros. Eu sei, tenho capacidade para isso, e a minha mãe, infelizmente, também sabe - não é! Ele dali não sai. Ele não tem recuperação para...(mostra-se emocionada) Gostaria que ele tivesse mais recuperação a nível vocal, que conseguisse exprimir algumas palavras...isso eu gostava, para poder entendê-lo melhor!  Referência 2 - 0,53% Cobertura  O falar era, para mim pessoalmente, uma coisa muito importante. O resto é as contingências da vida.</p>
Encara a situação de forma negativa	8	10	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,43% Cobertura]  Referência 1 - 2,43% Cobertura  As minhas maiores dificuldades é não poder falar com ela. De contrário, vou à rua sei que chego, que tenho aqui uma pessoa. Ela parece que me vai conhecendo e vai-me dizendo uma palavra por outra, mas claro. É a vida!  &lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 2 referências codificadas [41,20% Cobertura]  Referência 1 - 29,48% Cobertura  - o MFPC refere ideias suicidas (confirmadas também pela Sra. Enfermeira), que poderão ser apenas chamadas de atenção;  - o MFPC tem agudizado hábitos aditivos de consumo de álcool, eventualmente para se refugiar na sua solidão, no seu isolamento, eventualmente na sua depressão e na sua incapacidade de lidar com a situação de dependência da sua esposa. Este início de consumo de álcool, nomeadamente whisky, pode estar associado a alterações da forma de reagir a este estado negativo;  - O MFPC também refere sair um pouco à noite, que deve ser para se distrair;  Referência 2 - 11,72% Cobertura  - Durante a entrevista apercebemo-nos de uma grande labilidade emocional - tanto sorria, como emocionava com facilidade - talvez fruto da idade avançada, mas também sugestivo de algum grau depressivo e de um humor deprimido,  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,07% Cobertura]  Referência 1 - 6,07% Cobertura  O que me preocupa mais nela, é ela estar ali a sofrer. É o sofrimento, embora ela não se queixe mas a gente sabe que ela que sofre. Ela não chora, não fala, não diz nada, mas ela sente lá dentro. A gente fala para ela, dá-lhe beijos e ela a começa a engolir em seco, porque não pode responder de outra maneira (emociona-se). (...) A vida é assim e é muito complicado.  Sabe porque é que eu digo isto, porque ela quando estava consciente, ela estava sempre a pedir a morte. Sentia-se triste. Estava ali na filha mas sentia-se triste. (...) (...) Além de a gente estar assim, em baixo, de vê-los assim doentes e a gente quer valer e não poder, depois a família estar ainda criticar, e isso é que não admito. E a gente faz tudo por eles.  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [16,26% Cobertura]  Referência 1 - 16,26% Cobertura  A MFPC chorou e emocionou-se várias vezes durante a entrevista, quando falava sobre aquilo que lhe custa mais viver: o sofrimento que a dependente apresenta.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,29% Cobertura]  Referência 1 - 2,29% Cobertura  mas estou um bocadinho triste, acredite, estou porque... infelizmente é um hospital na minha casa.  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [13,94% Cobertura]  Referência 1 - 10,95% Cobertura  (sobre principais dificuldades) Em casa... é vê-la na cama. É muito complicado, porque a minha mãe foi uma mulher muito saudável. A minha mãe não era doente, foi após um tombo que ficou assim. E tem sido muito difícil lidar com a situação. Porque toda a vida vivi com ela e ela comigo e tem sido muito difícil.  A sobrecarga é mais mental, porque eu lido muito bem com ela e se tiver que a mudar, eu mudo-a... não tenho força, viro-a - não tenho problema nenhum. Mas é saber que a minha mãe vai embora um dia e isto vai levá-la à morte. Eu estou convencida que isto vai levar à morte da minha mãe.  Referência 2 - 2,99% Cobertura  A minha mãe partiu a perna e ainda dói-lhe muito a perna e cada vez que lido com ela... e ela Ai, Ai, Ai... para mim é muito doloroso ouvir a minha mãe gemer. Não é?  &lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,62% Cobertura]  Referência 1 - 2,62% Cobertura  Nós não sentimos a dor que ele sente. Vamos ver agora com a ida dele para casa... se melhora ou piora?  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,92% Cobertura]  Referência 1 - 2,92% Cobertura  tenho medo de ele começar a precisar de mais assistência... e eu como tenho uma vida de trabalho muito complicada... tenho medo nesse aspecto. É por isso que se ele tiver essa ajuda, em que eu saiba que naquele dia há alguém para ver se há alguma coisa errada fico muito mais descansada.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Gere as suas emoções	1	10	<p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [14,67% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 6,47% Cobertura</p> <p>(sobre se as dificuldades e o medo que sente mudam a sua postura) Não, não, não. É assim eu vivo com aquele medo mas também aprendi que se tiver que acontecer alguma coisa, se eu tiver que sair por qualquer motivo e deixá-lo ficar aqui uma hora ou meia hora, eu já me mentalizei que se ele tiver que ir, tanto faz estar por perto como não estar. Claro, que não é uma criança que esteja muitas horas, nem horas sozinho, mas por exemplo se eu tiver que ir ao supermercado ou tiver que fazer os meus recados, se tiver que fazer as minhas compras, eu sei que ele de manhã gosta muito de dormir e então tendo sempre fazer... mas não... comecei a mentalizar-me que se tiver que ser é, se....</p> <p>Referência 2 - 4,86% Cobertura</p> <p>(sobre as dificuldades não serem de agora) Já estive muito pior, porque antes de ter a minha filha eu era muito mais obcecada não me conseguia libertar tanto. Neste momento a minha filha fez-me bem porque eu tive que dividir, ter tempo para a minha filha, porque o meu marido é emigrante e eu tive que ter tempo para a minha filha como ela também precisa e foi uma coisa que me desligou um bocadinho mais do [nome do filho], mas que não consigo estar muito tempo longe dele.</p> <p>(as atenções) Têm que se dividir.</p> <p>Referência 3 - 3,34% Cobertura</p> <p>(qual o cuidado mais importante?) É o bem-estar dele. Ele sentir-se bem, porque eu sei que ele é uma criança feliz, além da deficiência dele, profunda, é uma criança feliz. Quando ele não está feliz ele demonstra e o que me preocupa mais é saber que ele tem qualidade de vida e que sente-se bem. Basta ele sorrir que para mim já é sinal que está bem.</p>
Sentimentos de incapacidade para lidar com o familiar dependente	4	7	<p>&lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 2 referências codificadas [32,45% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 23,13% Cobertura</p> <p>- o MFPC tem agudizado hábitos aditivos de consumo de álcool, eventualmente para se refugiar na sua solidão, no seu isolamento, eventualmente na sua depressão e na sua incapacidade de lidar com a situação de dependência da sua esposa. Este início de consumo de álcool, nomeadamente whisky, pode estar associado a alterações da forma de reagir a este estado negativo;- O MFPC também refere sair um pouco à noite, que deve ser para se distrair;</p> <p>Referência 2 - 9,32% Cobertura</p> <p>- Um PC que, talvez pela idade, por ser homem e pela sua incapacidade de gerir a situação, tem-se isolado e aparenta sofrimento psicológico relacionado com o estado da sua mulher;</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,79% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,79% Cobertura</p> <p>Não poder ser eu a olhar por ele...</p> <p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,57% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,57% Cobertura</p> <p>Nós não sentimos a dor que ele sente. Vamos ver agora com a ida dele para casa... se melhora ou piora?</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [10,03% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,49% Cobertura</p> <p>E precisava que depois também fossem lá falar com ele (o pai dependente) porque connosco em casa ele é de uma maneira, pois ele é o chefe da família, não é, e continua a sê-lo para ele, e pessoas de fora falassem com ele e que o ajudassem a ele estar mais calmo e essas coisas todas... e depois dizerem-lhe se está ou bem ou não para ele não pensar... ter a certeza de outras pessoas que não sejam nós... para ver se as coisas estão bem não é...</p> <p>Referência 2 - 2,62% Cobertura</p> <p>Trabalho muito, sou a única pessoa a trabalhar para a casa... tenho um filho desempregado, de 30 anos, que é quem está em casa a tomar conta do meu pai. Se não nem podia ter o meu pai a meu cargo, assim desta maneira! Tenho muitas despesas para pagar, não é.</p> <p>Referência 3 - 2,92% Cobertura</p> <p>tenho medo de ele começar a precisar de mais assistência... e eu como tenho uma vida de trabalho muito complicada... tenho medo nesse aspecto. É por isso que se ele tiver essa ajuda, em que eu saiba que naquele dia há alguém para ver se há alguma coisa errada fico muito mais descansada.</p>
Implicações na vida quotidiana	0	0	
Arranjar novo médico por mudança de casa do dependente	2	2	<p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,96% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,96% Cobertura</p> <p>Já arranjei um médico para ela, que é de Matosinhos, não é de Leça da Palmeira.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,16% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,16% Cobertura</p> <p>(...) o meu pai passou definitivamente para minha casa e tive de arranjar uma médica...era a única médica disponível...</p>
Mudança de residência	2	4	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [6,91% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,42% Cobertura</p> <p>(sobre mudanças de domicílio) Estava lá (em Perafita), agora vim para aqui, porque tive que vir olhar pela minha sogra. A minha casa tem escadas e aqui como é uma casa térrea, teve que vir para aqui para ter mais os cuidados, para trazer ambulância, ir e vir, ou vir o médico, é mais fácil.</p> <p>Referência 2 - 3,80% Cobertura</p> <p>Eu já tive uma tia minha, que também esteve acamada e também foi lá em Perafita. Só que era um bocado complicado para os bombeiros levarem a maca par cima e para baixo, para subir e descer - e eu pensei nisso. Como depois tive de estar a cuidar da minha sogra, a saber que ela estava assim e que não podia andar. Tive de deixar a minha casa para vir para aqui, olhar por ela, porque a minha filha estava aqui à frente e nesse caso ela também me dá um apoio.</p> <p>Referência 3 - 0,69% Cobertura</p> <p>Foi, foi. Tive que fechar a minha casa para vir para aqui. É. Tem outras condições.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,59% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,59% Cobertura</p> <p>É assim, eu não vivia na mesma casa, mas agora vivo na mesma casa. (digo: houve uma mudança e responde) Radical!</p>
Mudança em geral	2	2	<p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,65% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,65% Cobertura</p> <p>O meu avô... dantes fazíamos muita coisa e isto veio-lhe atrasar um bocadinho a vida. Não só a ele, mas também quem vive com ele, dificulta um bocado. Porque deixa as coisas para trás.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,59% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,59% Cobertura</p> <p>É assim, eu não vivia na mesma casa, mas agora vivo na mesma casa. (digo: houve uma mudança e responde) Radical!</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
O MFPC deixar de trabalhar	2	2	<p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,83% Cobertura]  Referência 1 - 3,83% Cobertura  Mas depois de ela ir para casa tenho de ver se posso continuar trabalhar, ou se tenho de ficar em casa...</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,73% Cobertura]  Referência 1 - 3,73% Cobertura  (sobre se tem outras ajudas) Não, porque eu não trabalho. Desde que o [nome do filho] nasceu desempreguei-me e não tenho necessidade disso, a necessidade que acho uma mais valia é esta unidade dos cuidados, além de ser bom para o [nome do filho] também é um meio de comunicação e a pessoa fica com familiares, não é mas parece. Tornámos uma amizade, além de profissionalismo que é, torna-se...</p>
Motivação para assumir o papel de MFPC	5	5	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,07% Cobertura]  Referência 1 - 6,07% Cobertura  O que me preocupa mais nela, é ela estar ali a sofrer. É o sofrimento, embora ela não se queixe mas a gente sabe que ela que sofre. Ela não chora, não fala, não diz nada, mas ela sente lá dentro. A gente fala para ela, dá-lhe beijos e ela a começa a engolir em seco, porque não pode responder de outra maneira (emociona-se). (...) A vida é assim e é muito complicado.  Sabe porque é que eu digo isto, porque ela quando estava consciente, ela estava sempre a pedir a morte. Sentia-se triste. Estava ali na filha mas sentia-se triste. (...) (...) Além de a gente estar assim, em baixo, de vê-los assim doentes e a gente quere valer e não poder, depois a família estar ainda criticar, e isso é que não admito. E a gente faz tudo por eles.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [14,24% Cobertura]  Referência 1 - 14,24% Cobertura  Suporte familiar muito bom e com aparente boa relação familiar: interajuda e participação activa do cuidador (sogra) nos cuidados ao depende.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,37% Cobertura]  Referência 1 - 0,37% Cobertura  É muito mimalho, nós mimá-lo muito. É normal! Eu acho que é normal!</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [11,01% Cobertura]  Referência 1 - 11,01% Cobertura  (sobre se as dificuldades e o medo que sente mudam a sua postura) Não, não, não. É assim eu vivo com aquele medo mas também aprendi que se tiver que acontecer alguma coisa, se eu tiver que sair por qualquer motivo e deixá-lo ficar aqui uma hora ou meia hora, eu já me mentalizei que se ele tiver que ir, tanto faz estar por perto como não estar. Claro, que não é uma criança que esteja muitas horas, nem horas sozinho, mas por exemplo se eu tiver que ir ao supermercado ou tiver que fazer os meus recados, se tiver que fazer as minhas compras, eu sei que ele de manhã gosta muito de dormir e então tendo sempre fazer... mas não... comecei a mentalizar-me que se tiver que ser é, se....</p> <p>(sobre as dificuldades não serem de agora) Já estive muito pior, porque antes de ter a minha filha eu era muito mais obcecada não me conseguia libertar tanto. Neste momento a minha filha fez-me bem porque eu tive que dividir, ter tempo para a minha filha, porque o meu marido é emigrante e eu tive que ter tempo para a minha filha como ela também precisa e foi uma coisa que me desligou um bocadinho mais do [nome do filho], mas que não consigo estar muito tempo longe dele.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [18,16% Cobertura]  Referência 1 - 18,16% Cobertura  Suporte familiar muito bom, embora seja prestado apenas pela mãe - extremamente envolvida nos cuidados ao filho.  Pai ausente, por ter emigrado.</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Sobrecarga do MFPC	0	0	
Sobrecarga emocional	7	11	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 4 referências codificadas [22,89% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 7,69% Cobertura</p> <p>Primeiro teve uma "chaga", são sei o nome técnico, era assim deste tamanho... (ilustra com a mão) a enfermeira que diga! Agora está do tamanho de um grão de arroz ou já está fechada, não sei. Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).</p> <p>Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.</p> <p>Referência 2 - 3,53% Cobertura</p> <p>(sobre suficiência deste serviço) Eu acho que sim. Eles vêm cá todos os dias, é quase já como uma pessoa que vem ver uma pessoa de família à casa. (...emociona-se)</p> <p>Sabe, comovo-me com estas coisas assim...</p> <p>Mas ela tem sido, olhe... optimamente tratada pelas enfermeiras que vêm cá a casa, disso não há dúvida nenhuma.</p> <p>Referência 3 - 2,43% Cobertura</p> <p>As minhas maiores dificuldades é não poder falar com ela. De contrário, vou à rua sei que chego, que tenho aqui uma pessoa. Ela parece que me vai conhecendo e vai-me dizendo uma palavra por outra, mas claro. É a vida!</p> <p>Referência 4 - 9,23% Cobertura</p> <p>ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.</p> <p>Aqui a [nome de uma das enfermeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [8,12% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 6,05% Cobertura</p> <p>(após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.</p> <p>Referência 2 - 2,07% Cobertura</p> <p>As dificuldades, é a gente agora já está a ficar sem forças e começa já mais a sentir a coluna. Mas em vez de fazer mais depressa faz-se mais devagar... No principio era uma coisa, mas agora é... sabe que isto é sempre continuado: é de dia e é de noite.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,49% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 24,49% Cobertura</p> <p>PC deprimida</p> <p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [5,24% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,24% Cobertura</p> <p>A sobrecarga é mais mental, porque eu lido muito bem com ela e se tiver que a mudar, eu mudo-a... não tenho força, viro-a - não tenho problema nenhum. Mas é saber que a minha mãe vai embora um dia e isto vai levá-la à morte. Eu estou convencida que isto vai levar à morte da minha mãe.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,92% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,92% Cobertura</p> <p>tenho medo de ele começar a precisar de mais assistência... e eu como tenho uma vida de trabalho muito complicada... tenho medo nesse aspecto. É por isso que se ele tiver essa ajuda, em que eu saiba que naquele dia há alguém para ver se há alguma coisa errada fico muito mais descansada.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,63% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,63% Cobertura</p> <p>Depois, como não se pode sair de casa, e estou a falar não propriamente por mim, que também é desgastante - eu durmo 2 a 3 horas por noite, não é, não durmo mais do que isso, mas por ela! Eu estar 24 sobre 24 horas numa casa a cuidar de uma pessoa, acaba por o nosso psicológico ficar um bocadinho afectado.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [3,78% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,78% Cobertura</p> <p>Pai ausente, por ter emigrado.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Sobrecarga física	6	10	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,03% Cobertura]  Referência 1 - 3,86% Cobertura  (Cuidados prestados pelo MFPC) Os cuidados que eu tenho é dar-lhe de comer e ver se ela está sempre bem, dá-lhe água, lavar a roupa toda e pô-la a secar, que já não é tão pouco como isso. A vida que um casal faz em casa. Presto todos os serviços que posso, não posso é mudar-lhe a fralda, porque já não tenho jeito para isso e não tenho força.  Referência 2 - 2,17% Cobertura  Mas agora não posso fazer certas coisas, porque dentro de dias vou fazer uma colonoscopia, e não posso comer certas coisas. Vamos ver se vou fazer, já adiei duas vezes e vamos ver se vou fazer...  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,45% Cobertura]  Referência 1 - 1,38% Cobertura  Ele (o marido da MFPC) agora também não pode dar as voltas, até de noite também não pode, tenho de ser eu sozinha. Mas ando de todo das mesmas costas. Mas tem de ser!  Referência 2 - 2,07% Cobertura  As dificuldades, é a gente agora já está a ficar sem forças e começa já mais a sentir a coluna. Mas em vez de fazer mais depressa faz-se mais devagar... No principio era uma coisa, mas agora é... sabe que isto é sempre continuado: é de dia e é de noite.  &lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [5,40% Cobertura]  Referência 1 - 5,40% Cobertura  A minha mulher anda cansada... não tenho mais ajuda nenhuma  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,90% Cobertura]  Referência 1 - 2,90% Cobertura  De qualquer maneira a minha mãe está-me a ficar... e isso (este apoio) vai-me aliviar! Basta-me dar-lhe carinho e amor, que é o que ela precisa com esta idade!  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [5,05% Cobertura]  Referência 1 - 1,54% Cobertura  Como eu trabalho, tenho da parte da tarde uma senhora que ajuda a minha mãe, que eu não estou cá, a: virar o meu pai, a pô-lo na cadeira, tirá-lo da cadeira, esses cuidados básicos - porque a minha mãe também não pode, não é! Tem 76 anos, tem problemas de coluna, tem mais "não sei quê".  Referência 2 - 1,32% Cobertura  Agora da cadeira para a cama, eu fico-lhe assim aqui em baixo, não é. E ele curva-se todo e eu não consigo sozinha, eu não tenho hipótese. Tenho de pedir sempre ajuda à minha mãe, por isso é que ela ficou com a coluna num oito. Teve uma contractura.  Referência 3 - 2,19% Cobertura  Como é que a minha mãe conseguia aguentar 24 sobre 24 horas se tem 76 anos, faz um ano de diferença. Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Aí havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!  &lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [3,78% Cobertura]  Referência 1 - 3,78% Cobertura  Pai ausente, por ter emigrado.</p>
Sono e repouso afetado	1	2	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,99% Cobertura]  Referência 1 - 2,38% Cobertura  Por exemplo eu à noite tenho de estar mais tempo e ela tem de ficar sozinha - fica sozinha até às 2 da manhã e é um bocadinho complicado. Depois, como não se pode sair de casa, e estou a falar não propriamente por mim, que também é desgastante - eu durmo 2 a 3 horas por noite, não é, não durmo mais do que isso, mas por ela! Eu estar 24 sobre 24 horas numa casa a cuidar de uma pessoa, acaba por o nosso psicológico ficar um bocadinho afectado.  Referência 2 - 3,61% Cobertura  Mas eu acho que, o internamento, às vezes poderia e deveria existir num caso mais de, volto eu ao exemplo de casa que tem de ser, um caso de cansaço, por exemplo, o meu não dorme de noite! Tipo de hora em hora, de 2 em 2 horas, quando dorme 2 horas, é preciso virá-lo! Acontece que nós de 2 em 2 horas acabamos por estar acordados para virá-lo. Não se dorme! A pessoa acorda, ou seja vira-deita - quando está a pegar no sono: levanta-vira-deita. Pega no sono, levanta-vira-deita - Não se dorme! Prontos. Se calhar um internamento, em casos em que o cuidador está necessitado, um descanso eu acho que poderia existir. Eu pessoalmente acho que poderia existir, como um complemento.</p>
Status económico da família	0	0	
Igualdade de direitos independentes da situação económica	1	1	<p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [7,06% Cobertura]  Referência 1 - 7,06% Cobertura  Por exemplo, normalmente há certas ajudas que beneficiam mais as pessoas que têm consideravelmente mais posses, mas que ajudem todas. Olhem as pessoas de igual forma e não que ajudem os que têm mais posses e os que têm menos posses ficam para depois. Olhar todos da mesma forma.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Situação económica negativa	3	11	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 6 referências codificadas [21,48% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,57% Cobertura</p> <p>- os senhores enfermeiros... São muito, muito... Deus me livre! Muito bons! Tratam-no muito bem, são meiguinhos,</p> <p>Referência 2 - 1,05% Cobertura</p> <p>até 6ª feira são 2 - sábado e domingo vai 1.</p> <p>Referência 3 - 8,64% Cobertura</p> <p>Fui eu que pedi. Pedi... porque me diziam que ele podia ir para os cuidados continuados para um hospital. Mas eu sou franca, também tirá-lo de casa não queria... em casa com os cuidados continuados, parece que é assim que se diz.</p> <p>"Há uma" eu não tenho dinheiro para andar para longe, porque às vezes calha muito longe. Depois ficava lá sozinho, e era uma tristeza.</p> <p>Referência 4 - 1,71% Cobertura</p> <p>esses enfermeiros que são uns anjos... acredite que são uns anjos mesmo!</p> <p>Referência 5 - 2,07% Cobertura</p> <p>mas tratar das feridas e pô-lo em condições, tratam sim senhora! Mas muito bem, mesmo!</p> <p>Referência 6 - 5,43% Cobertura</p> <p>Uma coisa que eu pedia se pudesse ser, ao sábado e domingo irem dois! À semana vão dois... de 2ª a 6ª feira. E ao sábado e domingo só vai um. Mas ele está tão mal agora... são duas pessoas para o virar. Faça-me esse favor, se puder!</p> <p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [12,70% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,78% Cobertura</p> <p>Espero bem que sim! Para melhor! Actualmente os serviços, às vezes, atrasam um bocadinho mais. Os enfermeiros marcam a "xis" horas e não chegam a aparecer às horas marcadas. É inconstante.</p> <p>Referência 2 - 7,92% Cobertura</p> <p>Nós vivemos numa zona que é muito pacata e quase ninguém conhece e têm dificuldade a chegar a esse sítio. Têm sempre falhas... não é por nossa culpa, nem por culpa deles, mas é pelo sítio que nós estamos localizados até... dificulta um bocado isso.</p> <p>Já marcaram, por exemplo, às 9 e apareceram às 10 ou às 11 horas.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [6,18% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,62% Cobertura</p> <p>Trabalho muito, sou a única pessoa a trabalhar para a casa... tenho um filho desempregado, de 30 anos, que é quem está em casa a tomar conta do meu pai. Se não nem podia ter o meu pai a meu cargo, assim desta maneira! Tenho muitas despesas para pagar, não é.</p> <p>Referência 2 - 0,79% Cobertura</p> <p>Cada vez que preciso de vir pago 10€, em cada viagem que chamo os bombeiros.</p> <p>Referência 3 - 2,77% Cobertura</p> <p>É assim, eu não conheço as unidades de convalescença (a pessoa parece preocupar-se com questões económicas e quem paga esses serviços)... seria pago por mim ou pela segurança social? Como é? Como se processa? É que eu não conheço! Estou a ouvir agora pela primeira vez. (...)</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Situação económica suportável, razoável, média ou alta	10	14	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,64% Cobertura]  Referência 1 - 4,41% Cobertura  (sobre outras ajudas) Tenho a empregada... porque a minha filha é que lhe está a pagar. Porque eu não tinha possibilidades, se não morria à fome. Eu para lhe dar apoio a ela, morria eu à fome. Tenho a minha filha que me ajuda e o meu filho. Mas o meu filho, coitado, também tem... foi operado no IPO há coisa de três anos e a minha nora também no IPO. Isto é um problema terrível, sabe? É verdade.  Referência 2 - 3,23% Cobertura  (apoios económicos) Tenho um suporte da Segurança Social, salvo erro, 170 Euros por mês (subsídio de 3ª pessoa???).  (ajudas nos equipamentos) A cama é alugada à Cruz Vermelha Portuguesa, pago 10 Euros por mês. Mas comprei um colchão próprio para ela, foram 200 e tal Euros na farmácia.</p> <p>&lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 2 referências codificadas [5,52% Cobertura]  Referência 1 - 2,81% Cobertura  Família que aparenta ter uma condição económica média.  Referência 2 - 2,71% Cobertura  No final da entrevista chegou a empregada doméstica.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,33% Cobertura]  Referência 1 - 2,33% Cobertura  Tenho que pagar isso tudo, tenho que pagar as fraldas.  A gente agora tratou de ter esse subsídio (o da 3ª pessoa). Ela tinha um subsídio mas era do tempo que estava com a minha cunhada, mas ela andava e comia pela mão dela, mas agora a gente tem mais encargos. Estamos a tratar.  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [5,45% Cobertura]  Referência 1 - 5,45% Cobertura  Família que aparenta ter uma condição económica média.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [7,03% Cobertura]  Referência 1 - 7,03% Cobertura  A reforma dele é “boinha”, porque se não vivia na miséria! Não vivia, porque ia para a Igreja pedir! Estou a brincar, mas estou um bocadinho triste, acredite, estou porque... infelizmente é um hospital na minha casa. O que vale tenho pessoas muito amigas. Tenho essas ajudas e apoio das pessoas.  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [5,97% Cobertura]  Referência 1 - 2,11% Cobertura  Claro que tenho muita despesa com a minha mãe agora, não é! É fraldas... é tudo... que a minha mãe não usava fraldas.  Referência 2 - 3,86% Cobertura  Agora só me falta realmente as senhoras para irem lá a casa, para apoio domiciliário, para lhe dar banho... mas isso tenho de pagar, não é? E isso são despesas que eu tenho de ter, não é? Elas não vêm de graça.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,97% Cobertura]  Referência 1 - 3,97% Cobertura  (sobre se é suficiente os apoios actuais) Quer dizer, aquilo que eu acho que a nós nos falta é um serviço nocturno. Posso-lhe dizer que já tentei por uma empresa, só que eles pediram-se, no mínimo 1.300€ por mês. Para dormirem! Porque quer dizer, não precisa de tomar medicação, não precisa de nada. E eu com toda a honestidade, acho que é uma pessoa que se senta ali e que não vai ouvir quando ele faz Qhrrum Qhrrum. Eu ouço! Porque é meu pai. Mas acho que quem estiver ali ao lado não vai ouvir. Duvido muito que vá ouvir. Sinceramente, se nós fizermos as contas a 1.300€, mais o apoio domiciliário que nós pagamos, mais a senhora para a tarde... é uma renda muitíssimo grande... e nós não somos ministros (...) também nunca tivemos pretensão (ri-se).  &lt;Internos\\8PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [17,10% Cobertura]  Referência 1 - 17,10% Cobertura  Família que aparenta ter uma condição económica média-alta.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [5,63% Cobertura]  Referência 1 - 5,63% Cobertura  (outros apoios que dispõe) Tem o médico de família que tudo que precise de medicação ela passa-me. Tenho os médicos do Pedro Hispano que é os que vêm com tempo mais espaçado, agora quando o [nome do filho] tem assim umas infecções mais frequentes tenho o médico aqui pertinho, que eu chamo - que eu chamo o meu “salvador” - e o que me tem amparado nestas aflições do [nome do filho] em evitar que ele seja internado.  Sim, prefiro chamar do que me deslocar, é um bocado mais dispendioso, mas prefiro chamar do que estar a descolá-lo ao Hospital e o Hospital para mim é... mesmo só de consulta.  &lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 2 referências codificadas [42,62% Cobertura]  Referência 1 - 6,81% Cobertura  Família que aparenta ter uma condição económica média.  Referência 2 - 35,81% Cobertura  Já tinha todos os equipamentos e materiais no seu domicílio, antes de integrar a ECCI.  No seu quarto tem todos os equipamentos e materiais necessários ao seu cuidado - tudo muito bem apetrechado.  Toma banho de imersão, sendo transportado em cadeira para a banheira da casa de banho.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Suporte percecionado	0	0	
A ECCI e a família são suficientes para suprir necessida-des	4	6	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,26% Cobertura]  Referência 1 - 2,26% Cobertura  (sobre suficiência deste serviço) Eu acho que sim. Eles vêm cá todos os dias, é quase já como uma pessoa que vem ver uma pessoa de família à casa. (...emociona-se)  Sabe, comovo-me com estas coisas assim...</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [0,32% Cobertura]  Referência 1 - 0,32% Cobertura  (suficiência da ECCI) Eu acho que sim.</p> <p>&lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [10,13% Cobertura]  Referência 1 - 10,13% Cobertura  Acho que (a ECCI) vai ser suficiente - com a ajuda da família.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [6,85% Cobertura]  Referência 1 - 2,34% Cobertura  (sobre a suficiência dos suportes que tem) Não posso pedir mais, se pedir mais acho que também estou a ser... mas se for assim está bom. Claro, que a pessoa quer sempre mais um bocadinho, mas se for assim está bom para mim e para o [nome do filho].</p> <p>Referência 2 - 3,73% Cobertura  (sobre se tem outras ajudas) Não, porque eu não trabalho. Desde que o [nome do filho] nasceu desempreguei-me e não tenho necessidade disso, a necessidade que acho uma mais valia é esta unidade dos cuidados, além de ser bom para o [nome do filho] também é um meio de comunicação e a pessoa fica com familiares, não é mas parece. Tornámos uma amizade, além de profissionalismo que é, torna-se...</p> <p>Referência 3 - 0,78% Cobertura  (sobre suficiência deste serviço) Acho que sim, se continuar assim, acho que sim.</p>
Ausência de suporte familiar	1	2	<p>&lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 2 referências codificadas [52,76% Cobertura]  Referência 1 - 41,72% Cobertura  Suporte familiar  - os filhos do casal (dependente e marido) não dão grande suporte;  - a filha limita-se a pagar a uma empregada doméstica e considera que faz tudo o que pode;  - o filho é bastante ausente e não dá grande suporte;  - o MFPC refere ideações suicidas (confirmadas também pela Sra. Enfermeira), que poderão ser apenas chamadas de atenção;  - o MFPC tem agudizado hábitos aditivos de consumo de álcool, eventualmente para se refugiar na sua solidão, no seu isolamento, eventualmente na sua depressão e na sua incapacidade de lidar com a situação de dependência da sua esposa. Este início de consumo de álcool, nomeadamente whisky, pode estar associado a alterações da forma de reagir a este estado negativo;  - O MFPC também refere sair um pouco à noite, que deve ser para se distrair;  Referência 2 - 11,04% Cobertura  - O seu grande suporte são, fundamentalmente: a empregada, a ECCI - que não são familiares - pois os seus filhos e netos não são presentes e não dão o suporte que este casal (dependente e MFPC) parece necessitar.</p>
Ausência total de apoios	5	5	<p>&lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,75% Cobertura]  Referência 1 - 2,75% Cobertura  não tenho mais ajuda nenhuma</p> <p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,72% Cobertura]  Referência 1 - 0,72% Cobertura  Sou eu... não tenho apoio nenhum... sou eu.</p> <p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [5,07% Cobertura]  Referência 1 - 5,07% Cobertura  Actualmente não tenho nenhum apoio, mas está pedido para dar banho e... os enfermeiros. Mas como ela ainda está cá, não está nada decidido.</p> <p>&lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,48% Cobertura]  Referência 1 - 3,48% Cobertura  Não tenho mais apoios.</p> <p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,71% Cobertura]  Referência 1 - 0,71% Cobertura  Não temos mais apoio nenhum.</p>
Bom suporte familiar	3	3	<p>&lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [14,24% Cobertura]  Referência 1 - 14,24% Cobertura  Suporte familiar muito bom e com aparente boa relação familiar: interajuda e participação activa do cuidador (sogra) nos cuidados ao depende.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [40,58% Cobertura]  Referência 1 - 40,58% Cobertura  Suporte familiar muito bom e com aparente boa relação familiar: interajuda e participação activa de dois cuidadores nos cuidados ao depende.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_NC&gt; - § 1 referência codificada [18,16% Cobertura]  Referência 1 - 18,16% Cobertura  Suporte familiar muito bom, embora seja prestado apenas pela mãe - extremamente envolvida nos cuidados ao filho.  Pai ausente, por ter emigrado.</p>
Existência parcial de outros apoios	0	0	
Ajuda e apoio de amigos	1	1	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,91% Cobertura]  Referência 1 - 1,91% Cobertura  O que vale tenho pessoas muito amigas. Tenho essas ajudas e apoio das pessoas.</p>

Aluguer de equipamentos (cama articulada)	1	1	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,91% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,91% Cobertura (ajudas nos equipamentos) A cama é alugada à Cruz Vermelha Portuguesa, pago 10 Euros por mês. Mas comprei um colchão próprio para ela, foram 200 e tal Euros na farmácia.</p>
CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Apoio Domiciliário - Higiene da Pessoa	3	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [4,11% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,11% Cobertura (outros apoios) São as senhoras que vêm cá fazer-lhe a higiene do lado de [nome do Lar]. Vêm cá todos os dias menos ao Sábado. Ao Sábado é que é um problema terrível. Vem esta rapariga todos os dias das duas às seis e vem ao Sábado. Ao Domingo não vem agora. Vem ao Sábado ver se ela precisa de ser mudada a fralda e mudar-lhe a posição, dá-lhe o leite e vai embora.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [8,70% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 7,14% Cobertura Já precisava em casa, já falei hoje de manhã com a Dr.a (assistente social) que mais, pelo menos um dia por semana para irem dar banho ao meu pai, porque só vão, actualmente, duas vezes... precisava de pelo menos mais um dia. E prontas precisava que realmente que ... sozinha não consigo e duas pessoas é complicado... mesmo... para lhe dar porque ele não se consegue segurar nas pernas... tem de ser sempre uma pessoa a segurá-lo para outra dar banho... mas tenho uma casa de banho própria com o banquinho próprio para lhe dar banho... tenho isso tudo lá em casa. Só precisava realmente de mais um dia que dizem que está tudo muito cheio, mas agora a Dra. Assistente social vai ver se me arranja mais um dia.</p> <p>Referência 2 - 0,86% Cobertura Não! São auxiliares (de apoio domiciliário) da Cruz Vermelha, foi o que eu arranjei.</p> <p>Referência 3 - 0,71% Cobertura Não tenho mais nenhum apoio (para além da CVermelha e agora da ECCI).</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,92% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,92% Cobertura (sobre outras dificuldades) No banho, como temos o apoio domiciliário, eles dão-lhe banho. Vêm de 2ª a 6ª. Só ao fim de semana é que não. Ao fim de semana já sobra para nós.</p>
Apoio Externo - Limpeza e Arranjo da Casa ou Emprega-da Doméstica	3	3	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,14% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,14% Cobertura (sobre outras ajudas) Tenho a empregada... porque a minha filha é que lhe está a pagar. Porque eu não tinha possibilidades, se não morria à fome. Eu para lhe dar apoio a ela, morria eu à fome.</p> <p>&lt;Internos\\10PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [11,04% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 11,04% Cobertura - O seu grande suporte são, fundamentalmente: a empregada, a ECCI - que não são familiares - pois os seus filhos e netos não são presentes e não dão o suporte que este casal (dependente e MFPC) parece necessitar.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,79% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,79% Cobertura A limpeza da casa é uma senhora que ma faz. E que dá a ferro e isso tudo!</p>
PC Formal Contratado para Cuidar da Pessoa (Higiene, mobilizar, alimentar)	3	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [10,42% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,14% Cobertura (sobre outras ajudas) Tenho a empregada... porque a minha filha é que lhe está a pagar. Porque eu não tinha possibilidades, se não morria à fome. Eu para lhe dar apoio a ela, morria eu à fome.</p> <p>Referência 2 - 4,17% Cobertura (sobre quem presta cuidados directos) Sou seu! Quando a rapariga cá vem dá-lhe de comer, quando não vem, sou eu que lhe dou. Já hoje lhe dei comer ao meio dia, vou-lhe dar à noite, enfim, e depois vem cá as colegas (ECCI) para a posicionar de noite. E é isto, de noite eu estou sempre à cuca, como se costuma dizer, para ver se ela às vezes está descoberta... para a cobrir.</p> <p>Referência 3 - 4,11% Cobertura (outros apoios) São as senhoras que vêm cá fazer-lhe a higiene do lado de [nome do Lar]. Vêm cá todos os dias menos ao Sábado. Ao Sábado é que é um problema terrível. Vem esta rapariga todos os dias das duas às seis e vem ao Sábado. Ao Domingo não vem agora. Vem ao Sábado ver se ela precisa de ser mudada a fralda e mudar-lhe a posição, dá-lhe o leite e vai embora.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,10% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,10% Cobertura quando ele está sujo, vou chamar a senhora para o vir mudar. A fralda é outra senhora.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,54% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,54% Cobertura Como eu trabalho, tenho da parte da tarde uma senhora que ajuda a minha mãe, que eu não estou cá, a: virar o meu pai, a pô-lo na cadeira, tirá-lo da cadeira, esses cuidados básicos - porque a minha mãe também não pode, não é! Tem 76 anos, tem problemas de coluna, tem mais "não sei quê".</p>
Recursos materiais e equipamentos	2	3	<p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,49% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,36% Cobertura A Segurança Social emprestou-me uma cama. Eu tenho já a cama lá em casa.</p> <p>Referência 2 - 2,13% Cobertura Tenho a cama, o colchão, a cadeira de rodas, também... tenho tudo em casa! Emprestaram-me tudo. Daqui, foi o hospital!</p> <p>&lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [0,88% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,88% Cobertura Já tenho a cama em casa.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa	5	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [1,30% Cobertura]  Referência 1 - 1,30% Cobertura  (apoios económicos) Tenho um suporte da Segurança Social, salvo erro, 170 Euros por mês (subsídio de 3ª pessoa???).  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [2,33% Cobertura]  Referência 1 - 2,33% Cobertura  Tenho que pagar isso tudo, tenho que pagar as fraldas.  A gente agora tratou de ter esse subsídio (o da 3ª pessoa). Ela tinha um subsídio mas era do tempo que estava com a minha cunhada, mas ela andava e comia pela mão dela, mas agora a gente tem mais encargos. Estamos a tratar.  &lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,17% Cobertura]  Referência 1 - 3,17% Cobertura  O subsídio que tenho é para a “terceira pessoa”. São 70€ ou 90€. É assim uma coisa. Agora até parece que diminuíram. Também não sei...  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [5,84% Cobertura]  Referência 1 - 5,84% Cobertura  mesmo para pedir aquela ajuda da “terceira pessoa”. Tenho isso tudo pedido! Mas esse subsídio ainda não chegou porque a minha mãe tem de ter uma “vistoria”, e eu pedi uma “vistoria” para vir a casa, e ainda não consegui porque ela nunca está em casa... está três ou quatro dias em casa e piora e volta para o hospital...  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,53% Cobertura]  Referência 1 - 2,53% Cobertura  (outros subsídios) Não tenho subsídio nenhum, quer dizer, tenho a pensão do [nome do filho], que ele agora já é pensionista, onde está integrado na pensão dele o subsídio da 3ª pessoa, mas é ele que o recebe, vem tudo na pensão, fora isso, não tenho ajuda nenhuma.</p>
Insuficiência do apoio domiciliário - higiene da pessoa	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [7,14% Cobertura]  Referência 1 - 7,14% Cobertura  Já precisava em casa, já falei hoje de manhã com a Dr.a (assistente social) que mais, pelo menos um dia por semana para irem dar banho ao meu pai, porque só vão, actualmente, duas vezes... precisava de pelo menos mais um dia.  E prontas precisava que realmente que ... sozinha não consigo e duas pessoas é complicado... mesmo... para lhe dar porque ele não se consegue segurar nas pernas... tem de ser sempre uma pessoa a segurá-lo para outra dar banho... mas tenho uma casa de banho própria com o banquinho próprio para lhe dar banho... tenho isso tudo lá em casa. Só precisava realmente de mais um dia que dizem que está tudo muito cheio, mas agora a Dra. Assistente social vai ver se me arranja mais um dia.</p>
Insuficiência dos apoios económicos	1	1	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,17% Cobertura]  Referência 1 - 4,17% Cobertura  O subsídio que tenho é para a “terceira pessoa”. São 70€ ou 90€. É assim uma coisa. Agora até parece que diminuíram. Também não sei... Mas não dá para pagar estas coisas todas...</p>
Insuficiência dos cuidados de saúde atuais (USF)	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,56% Cobertura]  Referência 1 - 0,56% Cobertura  Face Às necessidades novas, ir de 3 m 3 meses é pouco...</p>
Não quer apoio para higiene e banho	1	1	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [0,44% Cobertura]  Referência 1 - 0,44% Cobertura  (apoio para dar o banho) Não, somos nós que o damos.</p>
<b>4 Dx Médico de admissão no serviço atual</b>	0	0	
Desidratação	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,98% Cobertura]  Referência 1 - 1,98% Cobertura  História da doença actual: Recorreu ao SU por prostração e febre. Diagnosticou-se Urossépsis, desidratação e DM2 descompensada.  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,01% Cobertura]  Referência 1 - 1,01% Cobertura  Desidratação importante</p>
Desnutrição	1	1	<p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,50% Cobertura]  Referência 1 - 0,50% Cobertura  APRESENTA ASPECTO DESNUTRIDO. ALIMENTADA POR SNG.</p>
DMID	2	3	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [2,01% Cobertura]  Referência 1 - 1,73% Cobertura  Diabética, sem padrão alimentar adequado. Sugerir pedido de colaboração de nutrição para fazer esquema alimentar  Referência 2 - 0,28% Cobertura  # DM2 não medicada  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,51% Cobertura]  Referência 1 - 0,51% Cobertura  TEM COMO ANTECEDENTES: DM II, HTA, Alzheimer, AVC.</p>
Doença de Alzheimer	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura]  Referência 1 - 1,19% Cobertura  # Doença Alzheimer - Acamada desde há 10 meses, com úlcera de pressão sagrada  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,51% Cobertura]  Referência 1 - 0,51% Cobertura  TEM COMO ANTECEDENTES: DM II, HTA, Alzheimer, AVC.</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Doença vascular cerebral	2	4	<p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [5,65% Cobertura]  Referência 1 - 0,51% Cobertura  TEM COMO ANTECEDENTES: DM II, HTA, Alzheimer, AVC.  Referência 2 - 5,14% Cobertura  A doente acima identificada, de 86 anos de idade, esteve internada no Departamento de Medicina Ala F, de 28/07/2011 a 4/08/2011, por úlcera de pressão infectada.  Trata-se de uma doente muito limitada funcionalmente por D. Alzheimer e Doença cerebrovascular traduzida por AVC isquémico em Maio/2011, ficando desde essa altura com afasia e hemiparesia direita. Ficou acamada e sem vida de relação. Cronicamente algaliada e alimentada por SNG. Tem também como FRCV, HTA, DM tipo 2 e dislipidemia.  &lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [1,62% Cobertura]  Referência 1 - 1,01% Cobertura  DOENÇA VASCULAR CEREBRAL NCOP OU MAL DEFENIDA  Referência 2 - 0,61% Cobertura  Apresenta-se vigil,afasico.</p>
Epilepsia	1	1	<p>&lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,18% Cobertura]  Referência 1 - 0,18% Cobertura  EPILEPSIA</p>
Hipertensão	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,28% Cobertura]  Referência 1 - 0,28% Cobertura  # HTA não medicada  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,51% Cobertura]  Referência 1 - 0,51% Cobertura  TEM COMO ANTECEDENTES: DM II, HTA, Alzheimer, AVC.</p>
Infeção urinária	3	4	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [3,15% Cobertura]  Referência 1 - 1,18% Cobertura  Doente de 80 anos admitida por quadro séptico com ponto de partida urinário.  Referência 2 - 1,98% Cobertura  História da doença actual: Recorreu ao SU por prostração e febre. Diagnosticou-se Urossépsis, desidratação e DM2 descompensada.  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,76% Cobertura]  Referência 1 - 0,76% Cobertura  Infecção urinária  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,13% Cobertura]  Referência 1 - 0,13% Cobertura  ITU</p>
Insuficiência cardíaca	1	1	<p>&lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,67% Cobertura]  Referência 1 - 0,67% Cobertura  Insuficiência cardíaca</p>
Insuficiência renal	2	2	<p>&lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,60% Cobertura]  Referência 1 - 0,60% Cobertura  Insuficiência renal  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,66% Cobertura]  Referência 1 - 0,66% Cobertura  Disfunção Renal</p>
Insuficiência respiratória	4	5	<p>&lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,04% Cobertura]  Referência 1 - 1,04% Cobertura  Sepsis com atingimento pulmonar  &lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,79% Cobertura]  Referência 1 - 0,79% Cobertura  Insuficiência respiratória  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,16% Cobertura]  Referência 1 - 1,16% Cobertura  Insuficiência respiratória  &lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [5,51% Cobertura]  Referência 1 - 5,43% Cobertura  Insuficiência respiratória  UTENTE DE 18 ANOS DE IDADE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL GRAVE, EPILEPSIA DE DIFICIL CONTROLE, TETRAPARESIA ESPASTICA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE, COM INFEÇÕES RESPIRATORIAS FREQUENTES E OXIGENOTERAPIA PERMANENTE.  ALIMENTADO POR PEG.  Referência 2 - 0,08% Cobertura  DPOC</p>
Isquemia do coto de amputação	1	1	<p>&lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,66% Cobertura]  Referência 1 - 1,66% Cobertura  Isquemia do Coto de Amputação</p>



Paralisia cerebral infantil	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [0,54% Cobertura] Referência 1 - 0,54% Cobertura PARALISIA CEREBRAL INFANTIL
CATEGORIAS	Fon- tas	Referências	Unidades de registo associadas
Paresias	2	2	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [5,14% Cobertura] Referência 1 - 5,14% Cobertura A doente acima identificada, de 86 anos de idade, esteve internada no Departamento de Medicina Ala F, de 28/07/2011 a 4/08/2011, por úlcera de pressão infectada. Trata-se de uma doente muito limitada funcionalmente por D. Alzheimer e Doença cerebrovascular traduzida por AVC isquémico em Maio/2011, ficando desde essa altura com afasia e hemiparesia direita. Ficou acamada e sem vida de relação. Cronicamente algaliada e alimentada por SNG. Tem também como FRCV, HTA, DM tipo 2 e dislipidemia. <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [4,88% Cobertura] Referência 1 - 4,88% Cobertura UTENTE DE 18 ANOS DE IDADE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL GRAVE, EPILEPSIA DE DIFICIL CONTROLE, TETRAPARESIA ESPASTICA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE, COM INFECCOES RESPIRATORIAS FREQUENTES E OXIGENOTERAPIA PERMANENTE. ALIMENTADO POR PEG.
Pneumonia	1	2	<Internos\\8PC_AD> - § 2 referências codificadas [4,06% Cobertura] Referência 1 - 1,10% Cobertura PNEUMONIA DEVIDA A MICROORGANISMO NAO ESPECIFICADO Referência 2 - 2,95% Cobertura Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente.
Sepsis	3	5	<Internos\\10PE_AD> - § 3 referências codificadas [4,50% Cobertura] Referência 1 - 1,18% Cobertura Doente de 80 anos admitida por quadro séptico com ponto de partida urinário. Referência 2 - 1,35% Cobertura INFECCAO BACTERIANA EM SITUACOES CLASSIFICADAS NOUTRA PARTE OU LOCAL N/ESPECIFIC - 041 Referência 3 - 1,98% Cobertura História da doença actual: Recorreu ao SU por prostração e febre. Diagnosticou-se Urossépsis, desidratação e DM2 descompensada. <Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,04% Cobertura] Referência 1 - 1,04% Cobertura Sepsis com atingimento pulmonar <Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [1,03% Cobertura] Referência 1 - 1,03% Cobertura Sepsis grave nosocomial
Sub-oclusão	1	1	<Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [0,74% Cobertura] Referência 1 - 0,74% Cobertura Sub-Oclusão
Úlcera de pressão	2	4	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura] Referência 1 - 1,19% Cobertura # Doença Alzheimer - Acamada desde há 10 meses, com úlcera de pressão sagrada <Internos\\11PE_AD> - § 3 referências codificadas [4,45% Cobertura] Referência 1 - 0,58% Cobertura DOENTE COM O DIAGNOSTICO DE ULCERA DE PRESSÃO INFECTADA. Referência 2 - 1,16% Cobertura APRESENTA ULCERA EM GRAU ELEVADO NO SACRO - ULCERA A -E ULCERA EM GRAU ELEVADO NO TROCANter ESQUERDO - ULCERA B. Referência 3 - 2,71% Cobertura úlcera de pressão presente, em grau elevado na sacro - ÚLCERA A-Lavagem com sf e aplicação de hidrogel + úlcera + gaze vaselinada (ordem médica) DIARIA úlcera de pressão presente, em grau elevado no trocanter esquerdo - ÚLCERA B-hidrogel bisnaga DE 2/2 DIAS.
5 Experiência anterior com ECCI	0	0	
Com idas à urgência	1	2	<Internos\\11PE_E> - § 2 referências codificadas [2,63% Cobertura] Referência 1 - 1,54% Cobertura (idas à urgência) Foi, já foi para aí três vezes. Da última vez até os chamei (a ECCI) porque ela estava a "botar" aqueles pigmentos pela sonda, umas coisas castanhas, e a gente chamou. Referência 2 - 1,09% Cobertura Lá nisso eles (a ECCI) dizem, qualquer coisa vocês telefonem! E a gente já somos conhecidas... O atendimento também é cinco estrelas!

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Estável - sem reinternamentos	3	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [8,75% Cobertura]  Referência 1 - 2,91% Cobertura  (sobre agravamento da situação) Não tem piorado, tem mantido mais ou menos a mesma coisa. A coisa está mais ou menos estacionária. Não posso dizer que ela está pior, mas as enfermeiras é que lhe podem dizer, porque elas é que lidam com ela, não sou eu. Não é?  Referência 2 - 5,85% Cobertura  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada. Nada!  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada mais.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,05% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,48% Cobertura]  Referência 1 - 0,49% Cobertura  (sobre percepção de agravamento) Não, está estável.  Referência 2 - 3,99% Cobertura  (estabilização da situação) Sim, porque com a enfermagem é mais fácil administrar um cateter, um antibiótico endovenoso do que eu ter que o levar a uma Urgência e ele estar internado porque se tenho essa facilidade da enfermeira chegar aqui e colocar um cateter, eu aqui tenho todos os mecanismos que são necessários e evito de ele ser internado e apanhar viroses.  (desde há um ano e meio) Não tem tido internamentos.</p>
Melhoria da condição de saúde	3	8	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,98% Cobertura]  Referência 1 - 2,13% Cobertura  Primeiro teve uma "chaga", são sei o nome técnico, era assim deste tamanho... (ilustra com a mão) a enfermeira que diga! Agora está do tamanho de um grão de arroz ou já está fechada, não sei.  Referência 2 - 5,85% Cobertura  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada. Nada!  (reinternamentos) Houve, antes de elas virem cá, houve três semanas, porque nós não sabíamos e ela teve uma subida brusca dos diabetes. O Dr. era para vir numa quinta-feira, veio numa quarta, foi uma sorte dele e dela, porque ele quando chegou cá já ela tinha 600 e tal, já estava em estado de coma, foi quando ela foi para o hospital, aquelas três semanas, depois vieram elas (enfermeiras) para cá e a coisa está normal.  (sobre necessidade de ir à urgência) Nada mais.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 4 referências codificadas [8,63% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  Referência 2 - 1,12% Cobertura  (sobre as melhorias da dependente) Eu acho que sim, melhorou muito. Até o sistema dela, eu noto que a enfermagem a ela até lhe fez bem.  Referência 3 - 0,92% Cobertura  Ao princípio vinham todos os dias mas que agora as feridas estão a manter melhorias, eles vêm dia sim, dia não.  Referência 4 - 0,54% Cobertura  (sobre melhorias) Não tenho nada a apontar, só tenho a dizer bem.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,95% Cobertura]  Referência 1 - 2,41% Cobertura  (sobre agravamento do grau de dependência) Eu pessoalmente acho que sim (...), foi-se agravando... depois em Novembro com uma pneumonia de aspiração e com algumas sequelas de pequenos AVCs também - ficou acamado. O que eu acho é que, durante este tempo, primeiro veio a Enf.ª "X" e "Y", logo no início, e ele foi melhorando. Entretanto, o que aconteceu, ... a fisioterapia passou a ser no Hospital e a Enf.ª "X" deixou de vir. Os "cuidados" deixaram de vir.  Referência 2 - 1,54% Cobertura  (sobre a melhoria notada desde o início dos cuidados prestados pela ECCI) Ah Sim!  Olhe, eles fazem-lhe a fisioterapia toda da mobilidade, neste momento, não é, antigamente faziam-lhe a pulmonar. Neste momento fazem-lhe: a fisioterapia da mobilidade; vêm se alguma coisa está mal e corrigem.</p>
Propostas de melhoria	0	0	
Acesso a médico integrado na ECCI	1	2	<p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,23% Cobertura]  Referência 1 - 2,52% Cobertura  Em princípio só vem a enfermagem. O médico se vier é do Centro de Saúde. Agora, não sei se temos direito a vir algum médico desta equipa. Não sei.  É, vamos à Urgência. Para ir ali à médica é quando se tem que se pedir o P1, guias, receitas. (...) Quando tem que se pedir essas coisas tem que ser com ela.  Referência 2 - 3,71% Cobertura  Eu gostava que viesse aqui um médico ou uma médica para ver o estado dela, mas se for isso tem que vir a do Centro de Saúde, a médica dela!  A equipa diz que para já não precisa que a médica venha, só pode dizer realmente quando for preciso, mas até agora não é preciso ela vir aqui.  Gostava que viesse uma médica juntamente com a equipe quando ela precisasse, mas se não poder ser, tem que ser esta que está aqui (a médica de família), a de lá.</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Cuidados de reabilitação diários	1	2	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,64% Cobertura]  Referência 1 - 2,02% Cobertura  Ela vem (a EnF, de Reabilitação) 2 vezes por semana, neste momento. Isso é uma resposta difícil de dar... porquê? Porque eu acho que vai partir de uma... Eu por mim vinham cá todos os dias. Vinham cá, falavam, faziam ginástica, não sei quê... e, se calhar, podia haver, neste caso, não uma recuperação para ele começar a andar, mas pelo menos para não ficar com os membros atrofiados.  Referência 2 - 1,62% Cobertura  Por mim vinha todos os dias! Mas eu sei que não sou caso isolado, ok! Portanto vai depender muito de quem está fazer a avaliação, para saber se 2 dias chegam, se é melhor 3, isso normalmente deixo ao critério de quem sabe.  Por mim vinham sempre sábados e domingos, eu até gosto de falar com elas (ri-se)!</p>
ECCI vir mobilizar os doentes	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,19% Cobertura]  Referência 1 - 2,19% Cobertura  Como é que a minha mãe conseguia aguentar 24 sobre 24 horas se tem 76 anos, faz um ano de diferença. Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Ai havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!</p>
Fisioterapia e reabilitação física serem realizadas no domicílio	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,71% Cobertura]  Referência 1 - 4,71% Cobertura  (sobre agravamento do grau de dependência) Eu pessoalmente acho que sim (...), foi-se agravando... depois em Novembro com uma pneumonia de aspiração e com algumas sequelas de pequenos AVCs também - ficou acamado. O que eu acho é que, durante este tempo, primeiro veio a Enf.ª "X" e "Y", logo no início, e ele foi melhorando. Entretanto, o que aconteceu, ... a fisioterapia passou a ser no Hospital e a Enf.ª "X" deixou de vir. Os "cuidados" deixaram de vir.  No hospital, eu pessoalmente acho que este tipo de doentes não deveriam ir a um hospital, porquê? Porque, primeiro tem de ir numa ambulância, depois estão 2 a 3 horas para serem chamados, estão uma tarde inteira para vir para casa e é muito maçador, ele chega a casa extremamente cansado. Entretanto teve uma recaída e acabou... as fisioterapias, tanto da Fala como da mobilidade e, pronto, ... voltamos outra vez a estar com o serviço.</p>
Internamento provisório do dependente para descanso dos cuidadores	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [6,59% Cobertura]  Referência 1 - 6,59% Cobertura  Mas eu acho que, o internamento, às vezes poderia e deveria existir num caso mais de, volto eu ao exemplo de casa que tem de ser, um caso de cansaço, por exemplo, o meu não dorme de noite! Tipo de hora em hora, de 2 em 2 horas, quando dorme 2 horas, é preciso virá-lo! Acontece que nós de 2 em 2 horas acabamos por estar acordados para virá-lo. Não se dorme! A pessoa acorda, ou seja vira-deita - quando está a pegar no sono: levanta-vira-deita. Pega no sono, levanta-vira-deita - Não se dorme! Prontos. Se calhar um internamento, em casos em que o cuidador está necessitado, um descanso eu acho que poderia existir. Eu pessoalmente acho que poderia existir, como um complemento. Eu, neste momento, não estou a falar propriamente por mim. Estou a imaginar um casal... Estou a imaginar os meus pais sem filhos (repete), por exemplo. Como é que a minha mãe conseguia aguentar 24 sobre 24 horas se tem 76 anos, faz um ano de diferença. Se tem problemas de coluna já desde que eu sou pequena. Como é que ela consegue articular uma pessoa acamada, que não anda. Ai havia de haver outro tipo de cuidados, mesmo o vir a casa, ajudar as pessoas - eu acho que isso devia existir. Pessoalmente é a minha ideia. (refiro a sobrecarga dos PC) Exactamente!</p>
Mais apoio aos cuidadores	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,71% Cobertura]  Referência 1 - 3,71% Cobertura  Eu acho que paralelamente ao serviço de apoio ao doente, deveria de existir um serviço de apoio aos cuidadores. Um serviço psicológico eu acho que era óptimo. Acho que deveria ser, posso dizer que a minha filha é psicóloga por exemplo, mas em casa de Ferreiro espeto de salgueiro! Portanto, não é, é mais ao menos a mesma coisa. (...) Apesar de ela nos dizer as coisas é completamente diferente nós ouvirmos as coisas de uma pessoa que é formada e que sabe o que está dizer, mas é da família! E nós dizemos: tu dizes isso, porque tu não estás aqui, não sei quê! E se for um apoio extra, se for de fora acho que se ouve com mais atenção. Eu acho! E depois dizemos: OK, afinal de contas ela tinha razão.</p>
Sem propostas de melhoria	2	3	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [6,69% Cobertura]  Referência 1 - 2,01% Cobertura  (sobre satisfação com os cuidados) Óptima, não posso exigir mais. Não sei o que elas haviam de fazer, só fosse uma coisa sobrenatural, de contrário estou optimamente bem servido.  Referência 2 - 4,68% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das en  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [0,77% Cobertura]  Referência 1 - 0,77% Cobertura  Eles melhorar não podem melhorar mais do que eles têm estado a fazer. Melhor não podem fazer!</p>
Serviço noturno de vigilância do dependente	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [3,97% Cobertura]  Referência 1 - 3,97% Cobertura  (sobre se é suficiente os apoios actuais) Quer dizer, aquilo que eu acho que a nós nos falta é um serviço nocturno. Posso-lhe dizer que já tentei por uma empresa, só que eles pediram-se, no mínimo 1.300€ por mês. Para dormirem! Porque quer dizer, não precisa de tomar medicação, não precisa de nada. E eu com toda a honestidade, acho que é uma pessoa que se senta ali e que não vai ouvir quando ele faz Qhrrum Qhrrum. Eu ouço! Porque é meu pai. Mas acho que quem estiver ali ao lado não vai ouvir. Duvido muito que vá ouvir. Sinceramente, se nós fizermos as contas a 1.300€, mais o apoio domiciliário que nós pagamos, mais a senhora para a tarde... é uma renda muitíssimo grande... e nós não somos ministros (...) também nunca tivemos pretensão (ri-se).</p>
Terapia da fala ao domicílio	1	2	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,06% Cobertura]  Referência 1 - 2,59% Cobertura  Tem problemas de fala. Ele estava a fazer a terapia de fala no hospital. Claro que assim ele não pode ir para o hospital, acaba a terapia da fala! Não existe, como existe neste caso para a mobilidade, não existe outro tipo de terapias que as pessoas possam necessitar - no caso dele, precisava da fala para exercitar um bocadinho mais. Nós vamos exercitando, mas não somos nós que temos a técnica da terapeuta - acho eu! Mesmo que uma pessoa vá tentando aprender, nunca se aprende tudo.  Referência 2 - 0,47% Cobertura  Já falei da fala, para ele acho que era óptimo ter alguém com terapia da fala, em casa.</p>

Satisfação global positiva com os cuidados prestados na ECCI	7	15	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [16,80% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 5,55% Cobertura</p> <p>Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os “anjos da guarda” cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).</p> <p>Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum “enrascanso” como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.</p> <p>Referência 2 - 2,01% Cobertura</p> <p>(sobre satisfação com os cuidados) Ótima, não posso exigir mais. Não sei o que elas haviam de fazer, só fosse uma coisa sobrenatural, de contrário estou optimamente bem servido.</p> <p>Referência 3 - 9,23% Cobertura</p> <p>ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.</p> <p>Aqui a [nome de uma das enfermeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 5 referências codificadas [12,82% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 6,05% Cobertura</p> <p>(após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.</p> <p>Referência 2 - 0,37% Cobertura</p> <p>(sobre o serviço actual) Bem, bem, muito bem!</p> <p>Referência 3 - 1,12% Cobertura</p> <p>(sobre as melhorias da dependente) Eu acho que sim, melhorou muito. Até o sistema dela, eu noto que a enfermagem a ela até lhe fez bem.</p> <p>Referência 4 - 0,54% Cobertura</p> <p>(sobre melhorias) Não tenho nada a apontar, só tenho a dizer bem.</p> <p>Referência 5 - 4,74% Cobertura</p> <p>É, mas com todos, tanto vale ser com o [nome específico de um enfermeiro], como com outros enfermeiros que venham aqui, não tenho que dizer. Porque eles atendem todos da mesma maneira.</p> <p>Estou satisfeita, não posso dizer mais. Dá-nos uma calma que nem sabe! Isso conta muito também!</p> <p>Eu até andava com o sistema nervoso, andava alterada... até ninguém podia falar para mim, que eu alterava logo a voz - mas às vezes eu nem sentia, mas era assim.</p> <p>Agora não, agora já as coisas são de outra maneira. É! Ajuda muito!</p> <p>Na questão desta equipa, sinceramente, só posso dizer bem!</p> <p>&lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 24,75% Cobertura</p> <p>A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase “São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda” - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.</p> <p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,10% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,10% Cobertura</p> <p>A equipa que andava lá era muito boa! Mas muito boa, senhor enfermeiro. Mesmo muito boa!</p> <p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,99% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,78% Cobertura</p> <p>(sobre a assistência actual) Muito boa! Não tenho que dizer. Muito boa! Tanto no hospital como em casa... são formidáveis, tanto faz ser homens como mulheres. Os enfermeiros são 5 estrelas para a minha mãe.</p> <p>Referência 2 - 4,21% Cobertura</p> <p>Acho que estou bem servida. É o que quero dizer! Acho que estou bem servida, não quero mais nada. Acho que não preciso de mais nada! Quero o mínimo que a minha mãe precisa, mais nada! Para a minha mãe recuperar e para se manter.</p> <p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,29% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,29% Cobertura</p> <p>Sempre fizeram o melhor serviço e que continuem... que ajudem muita gente que seja preciso.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [8,42% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 6,55% Cobertura</p> <p>Olhe, eles fazem-lhe a fisioterapia toda da mobilidade, neste momento, não é, antigamente faziam-lhe a pulmonar. Neste momento fazem-lhe: a fisioterapia da mobilidade; vêm se alguma coisa está mal e corrigem.</p> <p>E, acima de tudo, eu digo isto sempre - acho que é ótimo -, para um doente e para a família dele também mas, neste caso para o doente, que as pessoas brinquem com o doente - e é o que acontece com elas. Elas chegam, também brincam com ele, arranjam-se estratégias - um dia destes era preciso fazer ... bastante pequeno e não tínhamos arranjado uma bengala e depois ele batia dum lado e uma pessoa está a fazer música. Isto é muito bom, porque o doente faz, faz por gosto, não faz... prontos, não faz quando vêem mais cedo e ele está a dormir e ele diz (...) se não faz por gosto. E para nós isso também é muito bom.</p> <p>Mesmo a “X” ensinou-me e diz: “olhe tem de fazer assim”. Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! E ele colabora comigo também, na mesma, não tenho assim problemas. Eu acho que ele melhora, quanto mais não chega quando eu digo - vêm aí as meninas e tãl! Eu brinco um bocadinho com ele.</p> <p>(sobre o serviço) Acho ótima (repete), sinceramente acho ótima!</p> <p>Referência 2 - 1,87% Cobertura</p> <p>Se houvesse há 17 anos, quando o meu pai teve o AVC, eu não precisava estar a pagar a dois fisioterapeutas particulares. (acrescento que se poderia ter agravado... e responde) Exactamente! Portanto, ainda bem que existe e esperemos que não seja um corte na saúde. Esperemos que não seja um corte na saúde (repete). Vamos ver, o que é que vai acontecer.</p>
--	---	----	--

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
6 Ganhos em saúde positivos no local atual de cuidados	0	0	
Do Dependente	0	0	
Adesão à Vacinação	4	4	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,46% Cobertura] Referência 1 - 0,46% Cobertura adesão à vacinação demonstrado <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,51% Cobertura] Referência 1 - 0,51% Cobertura Adesão à Vacinação adesão à vacinação demonstrado <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [1,13% Cobertura] Referência 1 - 1,13% Cobertura Adesão à Vacinação adesão à vacinação demonstrado <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,17% Cobertura] Referência 1 - 1,17% Cobertura Adesão à Vacinação adesão à vacinação demonstrado até 2012
Conhecimento sobre Adesão à Vacinação	1	1	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,07% Cobertura] Referência 1 - 1,07% Cobertura Adesão à Vacinação conhecimento sobre adesão à vacinação demonstrado
Processo do Sistema Gastrointestinal	0	0	
Obstipação Ausente	2	2	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [0,55% Cobertura] Referência 1 - 0,55% Cobertura obstipação ausente <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [0,79% Cobertura] Referência 1 - 0,79% Cobertura obstipação ausente
Processo do Sistema Musculoesquelético	0	0	
Convulsão Ausente	1	1	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [0,52% Cobertura] Referência 1 - 0,52% Cobertura convulsão ausente
Processo do Sistema Respiratório	0	0	
Expectorar Eficaz	1	1	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [0,52% Cobertura] Referência 1 - 0,52% Cobertura expectorar eficaz
Processo Social	0	0	
Apoio Social Adequado	1	1	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [0,50% Cobertura] Referência 1 - 0,50% Cobertura suporte adequado
Do Membro da Família Prestador de Cuidados	0	0	
Aprendizagem de Habilidades do PC	0	0	
Aprendizagem de Habilidades do PC para assistir na alimentação [PEG]	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [2,16% Cobertura] Referência 1 - 2,16% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação no alimentar-se demonstrado
Aprendizagem de Habilidades do PC para prevenir obstipação	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,64% Cobertura] Referência 1 - 2,64% Cobertura Obstipação aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a obstipação no obstipação demonstrado
Papel e Envolvimento do PC	1	1	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [3,54% Cobertura] Referência 1 - 3,54% Cobertura Papel Prestador de Cuidados papel prestador de cuidados adequado comportamentos de adesão no papel prestador de cuidados demonstrado envolvimento na interação com a pessoa dependente no papel prestador de cuidados demonstrado
Status	0	0	
Conhecimento do PC sobre aspiração de secreções	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,51% Cobertura] Referência 1 - 1,51% Cobertura conhecimento dos pais sobre aspiração de secreções no expectorar demonstrado

Conhecimento do PC sobre autocuidado higiene	1	1	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [1,03% Cobertura] Referência 1 - 1,03% Cobertura Auto Cuidado: Higiene conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene demonstrado
CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registro associadas
Conhecimento do PC sobre autocuidado vestir-se	1	1	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,98% Cobertura] Referência 1 - 0,98% Cobertura Auto Cuidado: Vestuário conhecimento do prestador de cuidados sobre o autocuidado: demonstrado
Conhecimento do PC sobre desidratação	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,19% Cobertura] Referência 1 - 2,19% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de desidratação no desidratação demonstrado
Conhecimento do PC sobre GRT	2	3	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [1,88% Cobertura] Referência 1 - 1,88% Cobertura Gestão do Regime Terapêutico conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares demonstrado conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso demonstrado <Internos\\9PC_AD> - § 2 referências codificadas [5,79% Cobertura] Referência 1 - 2,89% Cobertura Gestão do Regime Terapêutico conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico no gestão do regime terapêutico demonstrado Referência 2 - 2,89% Cobertura Gestão do Regime Terapêutico conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico no gestão do regime terapêutico demonstrado
Conhecimento do PC sobre inaloterapia	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,31% Cobertura] Referência 1 - 1,31% Cobertura conhecimento dos pais sobre inaloterapia no expectorar demonstrado
Conhecimento do PC sobre obstipação	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [6,51% Cobertura] Referência 1 - 6,51% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos de eliminação intestinal no obstipação demonstrado conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação no obstipação demonstrado conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de obstipação no obstipação demonstrado
Conhecimento do PC sobre prevenção de quedas	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [2,54% Cobertura] Referência 1 - 2,54% Cobertura Úlcera de Pressão conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão no úlcera de pressão demonstrado
Conhecimento do PC sobre prevenção de UP	1	1	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,41% Cobertura] Referência 1 - 1,41% Cobertura Queda conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no queda demonstrado
Conhecimento do PC sobre sinais de UP	1	1	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,62% Cobertura] Referência 1 - 1,62% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão no úlcera de pressão demonstrado
Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação [SNG] demonstrado	2	2	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [1,01% Cobertura] Referência 1 - 1,01% Cobertura Alimentar-se conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação demonstrado (SNG) <Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [2,45% Cobertura] Referência 1 - 2,45% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação demonstrado
Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação demonstrado	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,37% Cobertura] Referência 1 - 2,37% Cobertura Alimentar-se conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares no alimentar-se demonstrado
Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação demonstrado [PEG]	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [4,16% Cobertura] Referência 1 - 4,16% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se no alimentar-se demonstrado conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação no alimentar-se demonstrado

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
<b>7 Motivo da referência</b>	0	0	
Cinesiterapia	3	5	<p>&lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,43% Cobertura]  Referência 1 - 0,43% Cobertura  Motivo da referência:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCL:  (Com base na avaliação inicial)  Cinesiterapia e recuperação funcional  Referenciado em 24/11/2010</p> <p>&lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,58% Cobertura]  Referência 1 - 0,58% Cobertura  Motivo da referência:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCL:  (Com base na avaliação inicial)  Cinesiterapia e recuperação funcional  Referenciado em 25/11/2010</p> <p>&lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 3 referências codificadas [7,45% Cobertura]  Referência 1 - 5,43% Cobertura  Insuficiência respiratória  UTENTE DE 18 ANOS DE IDADE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL GRAVE,  EPILEPSIA DE DIFICIL CONTROLE, TETRAPARESIA ESPASTICA E INSUFICIENCIA  RESPIRATORIA GRAVE, COM INFECCOES RESPIRATORIAS FREQUENTES E  OXIGENOTERAPIA PERMANENTE.  ALIMENTADO POR PEG.  Referência 2 - 0,52% Cobertura  CINESITERAPIA RESPIRATORIA  Referência 3 - 1,51% Cobertura  fisioterapia 3xs semana (cinesiterapia respiratória e mobilizaçõespassivas).</p>
Cuidados Paliativos	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,27% Cobertura]  Referência 1 - 1,27% Cobertura  Motivo da referência:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCL:  (Com base na avaliação inicial)  Cuidados Paliativos, Tratamento de ostomia  Referenciado em 9/12/2010</p>
Prevenção de Úlceras de Pressão	3	3	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,54% Cobertura]  Referência 1 - 3,54% Cobertura  Úlcera de pressão na região sagrada a ser efectuada diariamente com poliaacrilato com solução de ringer  diariamente.  na anca apresenta ulcera cicatrizada e onde se encontra a ser aplicado creme hidratante.  reforço dos ensinios.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,45% Cobertura]  Referência 1 - 1,45% Cobertura  Necessidade de ensino doente/cuidadores: Auto-cuidados  TRATAMENTO DE ULCERA DE PRESSÃO DIARIA  síndrome depressivo crónico  diabetes tipo II</p> <p>&lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,40% Cobertura]  Referência 1 - 0,40% Cobertura  PREVENÇÃO DE ESCARAS</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Recuperação Funcional	6	8	<p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,12% Cobertura]  Referência 1 - 0,12% Cobertura  ANQUILOSADA.</p> <p>&lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,67% Cobertura]  Referência 1 - 0,67% Cobertura  Motivo da referênciação:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCI:  (Com base na avaliação inicial)  Cinesiterapia e recuperação funcional  Referenciado em 24/11/2010</p> <p>&lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,94% Cobertura]  Referência 1 - 0,94% Cobertura  Motivo da referênciação:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCI:  (Com base na avaliação inicial)  Cinesiterapia e recuperação funcional  Referenciado em 25/11/2010</p> <p>&lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,20% Cobertura]  Referência 1 - 1,20% Cobertura  Motivo da referênciação:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCI:  (Com base na avaliação inicial)  Recuperação Funcional  Referenciado em 7/12/2010  Já estava numa ECCI.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,99% Cobertura]  Referência 1 - 3,99% Cobertura  Necessidades em cuidados:  Reabilitação  Dependência em AVD  Regime terapêutico  Evitar agravamento de deficits  Algaliação crónica desde 2010.  Colocação de PEG em Maio de 2011</p> <p>&lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 3 referências codificadas [2,28% Cobertura]  Referência 1 - 0,54% Cobertura  TRATAMENTOS DE FISIOTERAPIA  Referência 2 - 0,24% Cobertura  Reabilitação  Referência 3 - 1,51% Cobertura  fisioterapia 3xs semana (cinesiterapia respiratória e mobilizaçõespassivas).</p>
Tratamento de Ostomia	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,41% Cobertura]  Referência 1 - 1,41% Cobertura  Motivo da referênciação:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCI:  (Com base na avaliação inicial)  Cuidados Paliativos, Tratamento de ostomia  Referenciado em 9/12/2010</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Tratamento de Úlceras de Pressão	4	10	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 5 referências codificadas [17,34% Cobertura]  Referência 1 - 5,01% Cobertura  Vigil, não colaborante, sem resposta verbal. Dependente nas Avd's. Acamada há cerca de 10 meses. Vive com marido. Tem empregada durante as 14 e 18H. Apresenta úlcera de pressão grau IV no sacro, com sinais evidentes de infecção e com tecido necrótico. Em tratamento com Tenderwet em simultâneo com desbridamento cirurgico.  Referência 2 - 7,02% Cobertura  Segundo a filha a prestadora de cuidados nunca terá prestado cuidados a doentes dependentes. Iniciam-se ensinos. Pede-se colaboração do serviço social para apoio na higiene. Pede-se integração em ECCI para tratamento diário da úlcera de pressão, sendo que será importante tentar que estes apoios se concentrem em períodos diferentes de forma a garantir ajuda nos posicionamentos.  Diabética, sem padrão alimentar adequado. Sugerir pedido de colaboração  Referência 3 - 3,54% Cobertura  Úlcera de pressão na região sagrada a ser efectuada diariamente com poliaacrilato com solução de ringer diariamente.  na anca apresenta ulcera cicatrizada e onde se encontra a ser aplicado creme hidratante.  reforço dos ensinos.  Referência 4 - 1,19% Cobertura  # Doença Alzheimer - Acamada desde há 10 meses, com úlcera de pressão sagrada  Referência 5 - 0,57% Cobertura  tratamento diário a ulcera de pressão  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 3 referências codificadas [2,26% Cobertura]  Referência 1 - 0,40% Cobertura  tratamento de Úlcera de Pressão diaria.  Referência 2 - 0,41% Cobertura  Tratamento de feridas/úlceras de pressão  Referência 3 - 1,45% Cobertura  Necessidade de ensino doente/cuidadores: Auto-cuidados  TRATAMENTO DE ULCERA DE PRESSÃO DIARIA  síndrome depressivo crónico  diabetes tipo II  &lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,01% Cobertura]  Referência 1 - 1,01% Cobertura  Tratamento de Úlceras de Pressão  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,92% Cobertura]  Referência 1 - 0,92% Cobertura  Motivo da referenciação:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCI:  (Com base na avaliação inicial)  Tratamento de Feridas e Treino do PC  Referenciado em 25/11/2010</p>
Treino do Prestador de Cuidados	1	1	<p>&lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,53% Cobertura]  Referência 1 - 0,53% Cobertura  Motivo da referenciação:  Tempo em lista de espera (dias / meses):  Número de vezes referenciado para ECCI:  (Com base na avaliação inicial)  Tratamento de Feridas e Treino do PC  Referenciado em 25/11/2010</p>
<b>8 Necessidades em cuidados identificadas pelos enfermeiros</b>	0	0	
Necessidades em cuidados do D	0	0	
Comportamento	0	0	
Comportamento Interativo	0	0	

Comunicação	4	5	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,31% Cobertura] Referência 1 - 0,31% Cobertura Comunicação alterada <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,21% Cobertura] Referência 1 - 0,21% Cobertura Comunicação alterada <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,45% Cobertura] Referência 1 - 0,45% Cobertura Comunicação alterada <Internos\\9PC_AD> - § 2 referências codificadas [1,13% Cobertura] Referência 1 - 0,40% Cobertura Comunicação alterada Referência 2 - 0,73% Cobertura Comunicação comunicação comprometido
Défice no Autocuidado (Capacidades)	0	0	
Capacidade para Alimentar-se	10	11	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,91% Cobertura] Referência 1 - 0,91% Cobertura Alimentar-se dependência no alimentar-se , em grau elevado <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [1,09% Cobertura] Referência 1 - 1,09% Cobertura Alimentar-se dependência no alimentar-se , em grau elevado dependência no alimentar-se , em grau elevado <Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,26% Cobertura] Referência 1 - 1,26% Cobertura alimentar-se dependente, em grau elevado <Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [1,22% Cobertura] Referência 1 - 1,22% Cobertura alimentar-se dependente, em grau reduzid <Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [1,79% Cobertura] Referência 1 - 1,79% Cobertura alimentar-se dependente, em grau elevado <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [1,76% Cobertura] Referência 1 - 1,76% Cobertura alimentar-se dependente, em grau elevado <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [2,35% Cobertura] Referência 1 - 2,35% Cobertura alimentar-se dependente, em grau moderado <Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [2,75% Cobertura] Referência 1 - 2,75% Cobertura alimentar-se dependente, em grau moderado <Internos\\8PC_AD> - § 2 referências codificadas [3,61% Cobertura] Referência 1 - 2,95% Cobertura Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente. Referência 2 - 0,65% Cobertura PEG colocada em Maio de 2011. <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura] Referência 1 - 1,19% Cobertura AUTO CUIDADO auto cuidado dependente, em grau muito elevado
Capacidade para Beber	1	1	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,13% Cobertura] Referência 1 - 1,13% Cobertura Auto Cuidado: Beber dependência no auto cuidado: beber , em grau elevado

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Capacidade para Cuidar da Higiene Pessoal	10	12	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura]  Referência 1 - 1,19% Cobertura  Auto Cuidado: Higiene dependência no auto cuidado: higiene , em grau elevado  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,37% Cobertura]  Referência 1 - 1,37% Cobertura  Auto Cuidado: Higiene dependência no auto cuidado: higiene , em grau reduzido  dependência no auto cuidado: higiene, em grau elevado  &lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,60% Cobertura]  Referência 1 - 1,60% Cobertura  auto cuidado: higiene dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,53% Cobertura]  Referência 1 - 1,53% Cobertura  auto cuidado: higiene dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,19% Cobertura]  Referência 1 - 2,19% Cobertura  auto cuidado: higiene dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,16% Cobertura]  Referência 1 - 2,16% Cobertura  auto cuidado: higiene dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,86% Cobertura]  Referência 1 - 2,86% Cobertura  auto cuidado: higiene dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\7PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,28% Cobertura]  Referência 1 - 3,28% Cobertura  auto cuidado: higiene dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [4,69% Cobertura]  Referência 1 - 2,95% Cobertura  Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente.  Referência 2 - 1,74% Cobertura  Apresenta sialorreia e secreções que é necessario limpar; dte expele da boca.  &lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [2,14% Cobertura]  Referência 1 - 1,19% Cobertura  AUTO CUIDADO  auto cuidado dependente, em grau muito elevado  Referência 2 - 0,95% Cobertura  AJUDANTE DE SAÚDE para banho: 2 vezes por semana</p>
Capacidade para Transferir-se	7	10	<p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,63% Cobertura]  Referência 1 - 0,63% Cobertura  Transferir-se dependência no transferir-se , em grau elevado  &lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,28% Cobertura]  Referência 1 - 1,28% Cobertura  transferir-se dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,83% Cobertura]  Referência 1 - 1,83% Cobertura  transferir-se dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,35% Cobertura]  Referência 1 - 2,35% Cobertura  transferir-se dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\7PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,81% Cobertura]  Referência 1 - 2,81% Cobertura  transferir-se dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 4 referências codificadas [11,23% Cobertura]  Referência 1 - 2,95% Cobertura  Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente.  Referência 2 - 2,46% Cobertura  Tem efectuada mobilização dos membros pela enfª de Reabilitação o que deve manter para não piorar os deficits.  Referência 3 - 4,78% Cobertura  Transferir-se aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência no transferir-se não demonstrado  aprendizagem de habilidades para se transferir no transferir-se não demonstrado  Referência 4 - 1,04% Cobertura  dependência no transferir-se , em grau elevado  &lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura]  Referência 1 - 1,19% Cobertura  AUTO CUIDADO  auto cuidado dependente, em grau muito elevado</p>

Capacidade para Usar o Sanitário	9	10	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,47% Cobertura]  Referência 1 - 1,47% Cobertura  Auto Cuidado: Uso do Sanitário  dependência no auto cuidado: uso do sanitário , em grau elevado  &lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,89% Cobertura]  Referência 1 - 1,89% Cobertura  auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,95% Cobertura]  Referência 1 - 1,95% Cobertura  auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado  auto  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,59% Cobertura]  Referência 1 - 2,59% Cobertura  auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,55% Cobertura]  Referência 1 - 2,55% Cobertura  auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,38% Cobertura]  Referência 1 - 3,38% Cobertura  auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\7PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,88% Cobertura]  Referência 1 - 3,88% Cobertura  auto cuidado: uso do sanitário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [3,94% Cobertura]  Referência 1 - 2,95% Cobertura  Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente.  Referência 2 - 0,99% Cobertura  Algaliação crônica, foi realgaliado a 16/08.  &lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura]  Referência 1 - 1,19% Cobertura  AUTO CUIDADO  auto cuidado dependente, em grau muito elevado</p>
Capacidade para Vestir-se	10	10	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,24% Cobertura]  Referência 1 - 1,24% Cobertura  Auto Cuidado: Vestuário  dependência no auto cuidado: vestuário, em grau elevado  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,44% Cobertura]  Referência 1 - 1,44% Cobertura  Auto Cuidado: Vestuário  dependência no auto cuidado: vestuário , em grau reduzido  dependência no auto cuidado: vestuário , em grau elevado  &lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,67% Cobertura]  Referência 1 - 1,67% Cobertura  auto cuidado: vestuário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,59% Cobertura]  Referência 1 - 1,59% Cobertura  auto cuidado: vestuário dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,28% Cobertura]  Referência 1 - 2,28% Cobertura  auto cuidado: vestuário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,25% Cobertura]  Referência 1 - 2,25% Cobertura  auto cuidado: vestuário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,98% Cobertura]  Referência 1 - 2,98% Cobertura  auto cuidado: vestuário dependente, em grau moderado  &lt;Internos\\7PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,42% Cobertura]  Referência 1 - 3,42% Cobertura  auto cuidado: vestuário dependente, em grau elevado  &lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,95% Cobertura]  Referência 1 - 2,95% Cobertura  Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente.  &lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,19% Cobertura]  Referência 1 - 1,19% Cobertura  AUTO CUIDADO  auto cuidado dependente, em grau muito elevado</p>
Padrão do Sistema Urinário	1	2	<p>&lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [3,94% Cobertura]  Referência 1 - 2,95% Cobertura  Dte admitido por pneumonia de aspiração,urina "escura", fezes" escuras".Antecedentes de dça cerebrovascular, totalmente dependente.  Referência 2 - 0,99% Cobertura  Algaliação crônica, foi realgaliado a 16/08.</p>
Processo do Sistema Circulatório	0	0	

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Hipertensão	2	2	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,44% Cobertura] Referência 1 - 0,44% Cobertura Hipertensão hipertensão , em grau moderado <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,97% Cobertura] Referência 1 - 0,97% Cobertura Hipertensão hipertensão , em grau moderado
Perda Sanguínea	1	1	<Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [1,67% Cobertura] Referência 1 - 1,67% Cobertura perda sanguínea pelo ânus
Perfusão dos Tecidos	2	2	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,57% Cobertura] Referência 1 - 1,57% Cobertura perfusão dos tecidos alterado corpo (como um todo) <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [3,09% Cobertura] Referência 1 - 3,09% Cobertura perfusão dos tecidos alterado membro inferior esquerdo
Processo do Sistema Gastrointestinal	0	0	
Náusea	1	1	<Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [0,66% Cobertura] Referência 1 - 0,66% Cobertura náusea às vezes
Padrão de Eliminação Intestinal	0	0	
Risco de Obstipação	5	6	<Internos\\10PE_AD> - § 2 referências codificadas [0,76% Cobertura] Referência 1 - 0,29% Cobertura Risco de obstipação Referência 2 - 0,46% Cobertura obstipação risco de obstipação <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,20% Cobertura] Referência 1 - 0,20% Cobertura Risco de obstipação <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [3,49% Cobertura] Referência 1 - 3,49% Cobertura eliminação intestinal risco de alteração (Obstipação crónica) <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,43% Cobertura] Referência 1 - 0,43% Cobertura Risco de obstipação <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [0,40% Cobertura] Referência 1 - 0,40% Cobertura Risco de obstipação
Vómito	2	2	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,24% Cobertura] Referência 1 - 0,24% Cobertura Vômito vômito às vezes <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [0,70% Cobertura] Referência 1 - 0,70% Cobertura vômito raramente
Processo do Sistema Musculoesquelético	0	0	
Andar	0	0	
Andar com Auxiliar de Marcha	2	2	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [1,56% Cobertura] Referência 1 - 1,56% Cobertura andar com auxiliar de marcha dependente (andarilho) <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,46% Cobertura] Referência 1 - 2,46% Cobertura Tem efectuado mobilização dos membros pela en® de Reabilitação o que deve manter para não piorar os défices.
Capacidade para Mobilizar	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,46% Cobertura] Referência 1 - 2,46% Cobertura Tem efectuado mobilização dos membros pela en® de Reabilitação o que deve manter para não piorar os défices.

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Mobilidade na Cama	7	8	<p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [1,44% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,97% Cobertura</p> <p>dependência no posicionar-se , em grau elevado</p> <p>dependência no posicionar-se , em grau elevado</p> <p>Referência 2 - 0,47% Cobertura</p> <p>dependência no posicionar-se , em grau elevado</p> <p>&lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,29% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,29% Cobertura</p> <p>posicionar-se dependente, em grau elevado</p> <p>&lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,28% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,28% Cobertura</p> <p>posicionar-se dependente, em grau moderado</p> <p>&lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,83% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,83% Cobertura</p> <p>posicionar-se dependente, em grau elevado</p> <p>&lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,81% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,81% Cobertura</p> <p>posicionar-se dependente, em grau elevado</p> <p>&lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,41% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,41% Cobertura</p> <p>posicionar-se dependente, em grau moderado</p> <p>&lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,46% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,46% Cobertura</p> <p>Tem efectuado mobilização dos membros pela enfª de Reabilitação o que deve manter para não piorar os défices.</p>
Movimento Muscular	4	11	<p>&lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 3 referências codificadas [9,04% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 4,55% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau reduzido membro inferior esquerdo</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau reduzido membro inferior direito</p> <p>Referência 2 - 2,23% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau reduzido membro superior direito</p> <p>Referência 3 - 2,26% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau reduzido membro superior esquerdo</p> <p>&lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 4 referências codificadas [13,10% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,22% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau elevado membro inferior direito</p> <p>Referência 2 - 3,31% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau moderado membro inferior esquerdo</p> <p>Referência 3 - 3,26% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau moderado membro superior direito</p> <p>Referência 4 - 3,31% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau moderado membro superior esquerdo</p> <p>&lt;Internos\\5DC_6PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [7,67% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,95% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau moderado perna lado esquerdo</p> <p>Referência 2 - 3,72% Cobertura</p> <p>movimento muscular comprometido, em grau reduzido braço bilateral</p> <p>&lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 2 referências codificadas [12,15% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,46% Cobertura</p> <p>Tem efectuado mobilização dos membros pela enfª de Reabilitação o que deve manter para não piorar os défices.</p> <p>Referência 2 - 9,69% Cobertura</p> <p>Movimento muscular</p> <p>aprendizagem de habilidades sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos activos no movimento muscular não demonstrado</p> <p>aprendizagem de habilidades sobre exercícios musculoesqueléticos no movimento muscular não demonstrado</p> <p>conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos no movimento muscular não demonstrado</p> <p>conhecimento sobre exercícios musculoesqueléticos activos no movimento muscular não demonstrado</p>
Rigidez Articular	0	0	

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Risco de Rigidez Articular	4	4	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,40% Cobertura] Referência 1 - 0,40% Cobertura Risco de rigidez articular <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,27% Cobertura] Referência 1 - 0,27% Cobertura Risco de rigidez articular <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,59% Cobertura] Referência 1 - 0,59% Cobertura Risco de rigidez articular <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [0,52% Cobertura] Referência 1 - 0,52% Cobertura Risco de rigidez articular
Processo do Sistema Nervoso	0	0	
Percepção	0	0	
Dor	0	0	
Dor Às Vezes	1	1	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,73% Cobertura] Referência 1 - 1,73% Cobertura dor , em grau moderado Às vezes no corpo (como um todo)
Dor Frequente	3	3	<Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [2,37% Cobertura] Referência 1 - 2,37% Cobertura dor , em grau moderado Frequente corpo (como um todo) <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [3,17% Cobertura] Referência 1 - 3,17% Cobertura dor , em grau elevado Muito frequente agudo braço dto e pernas (+ a esq) <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [1,83% Cobertura] Referência 1 - 1,83% Cobertura dor , em grau moderado frequente
Visão	1	1	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,30% Cobertura] Referência 1 - 0,30% Cobertura Visão visão alterado crónico
Processo do Sistema Regulador	0	0	
Desidratação	0	0	
Risco de Desidratação	3	3	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,32% Cobertura] Referência 1 - 0,32% Cobertura Risco de desidratação <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,22% Cobertura] Referência 1 - 0,22% Cobertura Risco de desidratação <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,47% Cobertura] Referência 1 - 0,47% Cobertura Risco de desidratação
Edema	0	0	
Edema	3	3	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [0,82% Cobertura] Referência 1 - 0,82% Cobertura edema corpo (como um todo) <Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [1,16% Cobertura] Referência 1 - 1,16% Cobertura edema corpo (como um todo) <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [1,14% Cobertura] Referência 1 - 1,14% Cobertura edema corpo (como um todo)
Edema Periférico	1	2	<Internos\\2DM_AD> - § 2 referências codificadas [1,89% Cobertura] Referência 1 - 0,61% Cobertura edema coxa bilateral Referência 2 - 1,28% Cobertura edema nas pernas [até raiz da coxa, pénis]
Febre	1	1	<Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [0,22% Cobertura] Referência 1 - 0,22% Cobertura febre
Hiperglicemia	1	1	<Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [2,35% Cobertura] Referência 1 - 2,35% Cobertura metabolismo energético alterado R/C DM II
Processo do Sistema Respiratório	0	0	



Aspiração	0	0	
-----------	---	---	--

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Risco de Aspiração	2	2	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,19% Cobertura] Referência 1 - 0,19% Cobertura Risco de aspiração <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [0,36% Cobertura] Referência 1 - 0,36% Cobertura Risco de aspiração
Dispneia em Repouso	1	1	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [0,58% Cobertura] Referência 1 - 0,58% Cobertura dispneia em repouso
Dispneia Funcional	1	1	<Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [1,21% Cobertura] Referência 1 - 1,21% Cobertura dispneia funcional
Expectorar	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,72% Cobertura] Referência 1 - 1,72% Cobertura Expectorar expectorar ineficaz, em grau elevado expectorar ineficaz, em grau moderado
Limpeza das Vias Aéreas	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,49% Cobertura] Referência 1 - 1,49% Cobertura Limpeza das Vias Aéreas limpeza das vias aéreas ineficaz, em grau reduzido
Ventilação	2	2	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [0,58% Cobertura] Referência 1 - 0,58% Cobertura ventilação alterado <Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [0,85% Cobertura] Referência 1 - 0,85% Cobertura ventilação alterado
Processo do Sistema Tegumentar	0	0	
Ferida	0	0	
Ferida Cirúrgica	1	1	<Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [4,52% Cobertura] Referência 1 - 4,52% Cobertura ferida cirúrgica no terço médio da perna direita (coto de amputação) - FERIDA A
Ferida Traumática	3	3	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,01% Cobertura] Referência 1 - 1,01% Cobertura Ferida Traumática FERIDA B - ferida traumática na nádega direita <Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,45% Cobertura] Referência 1 - 1,45% Cobertura ferida traumática mão lado esquerdo - FERIDA A <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [3,09% Cobertura] Referência 1 - 3,09% Cobertura ferida traumática na perna do lado esquerdo - FERIDA B

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Risco de Úlcera de Pressão	10	17	<Internos\\10PE_AD> - § 2 referências codificadas [1,11% Cobertura] Referência 1 - 0,36% Cobertura Risco de ulcera pressão Referência 2 - 0,76% Cobertura úlcera de pressão alto risco de úlcera de pressão <Internos\\11PE_AD> - § 2 referências codificadas [1,00% Cobertura] Referência 1 - 0,24% Cobertura Risco de ulcera pressão Referência 2 - 0,76% Cobertura Úlcera alto risco de úlcera baixo risco de úlcera algum risco de úlcera <Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [0,91% Cobertura] Referência 1 - 0,91% Cobertura risco de up , em grau elevado <Internos\\2DM_AD> - § 3 referências codificadas [3,11% Cobertura] Referência 1 - 0,92% Cobertura risco de up , em grau reduzido Referência 2 - 1,56% Cobertura risco de up no úlcera de pressão , em grau reduzido Referência 3 - 0,64% Cobertura risco de up r/c BIPAP <Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [1,30% Cobertura] Referência 1 - 1,30% Cobertura risco de up , em grau elevado <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [1,28% Cobertura] Referência 1 - 1,28% Cobertura risco de up , em grau elevado <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [1,66% Cobertura] Referência 1 - 1,66% Cobertura risco de up , em grau elevado <Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [1,94% Cobertura] Referência 1 - 1,94% Cobertura risco de up , em grau elevado <Internos\\8PC_AD> - § 2 referências codificadas [1,65% Cobertura] Referência 1 - 0,52% Cobertura Risco de ulcera pressão Referência 2 - 1,13% Cobertura risco úlcera de pressão presente, em grau reduzido <Internos\\9PC_AD> - § 3 referências codificadas [3,67% Cobertura] Referência 1 - 0,46% Cobertura Risco de ulcera pressão Referência 2 - 1,86% Cobertura Úlcera de Pressão Alto risco de úlcera de pressão Alto risco de úlcera de pressão - Norton 7 Referência 3 - 1,35% Cobertura Úlcera A - úlcera de pressão , em grau reduzido costas lado Esquerdo

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Úlcera de Pressão	6	26	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [4,21% Cobertura]  Referência 1 - 1,24% Cobertura  Úlcera de Pressão  ÚLCERA A - úlcera de pressão , em grau moderado sacro central  Referência 2 - 2,97% Cobertura  ÚLCERA J - úlcera de pressão , em grau moderado anca esquerda  ÚLCERA K - úlcera de pressão , em grau moderado anca Direita  ÚLCERA L - úlcera de pressão , em grau reduzido joelho lado direito  &lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,06% Cobertura]  Referência 1 - 2,06% Cobertura  ÚLCERA B - úlcera de pressão , em grau muito elevado sacro central  ÚLCERA C - úlcera de pressão , em grau elevado anca lado esquerdo  ÚLCERA D - úlcera de pressão , em grau reduzido anca lado direito  &lt;Internos\\1PM_AD&gt; - § 13 referências codificadas [32,67% Cobertura]  Referência 1 - 2,26% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado anca lado direito - ÚLCERA F  Referência 2 - 2,42% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado calcanhar lado direito - ÚLCERA A  Referência 3 - 2,92% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado pavilhão auricular direito (1/3 médio) - ÚLCERA D  Referência 4 - 1,89% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado sacro - ÚLCERA G  Referência 5 - 2,36% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado costas lado direito - ÚLCERA H  Referência 6 - 2,42% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado costas parte superior - ÚLCERA M  Referência 7 - 2,36% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado ombro lado esquerdo - ÚLCERA O  Referência 8 - 2,77% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado tornozelo lado direito (interno) - ÚLCERA Q  Referência 9 - 2,48% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau muito elevado anca lado esquerdo - ÚLCERA C  Referência 10 - 2,39% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau reduzido orelha lado esquerdo - ÚLCERA K  Referência 11 - 3,05% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau reduzido pavilhão auricular direito (1/3 superior) - ÚLCERA J  Referência 12 - 2,58% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau reduzido pé lado esquerdo 1/3 medio - ÚLCERA L  Referência 13 - 2,77% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau reduzido tornozelo lado direito (externo) - ÚLCERA P  &lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 4 referências codificadas [8,64% Cobertura]  Referência 1 - 2,08% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado nariz central - ÚLCERA A  Referência 2 - 2,29% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado nádega lado direito - ÚLCERA C  Referência 3 - 2,32% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau reduzido nádega lado esquerdo - ÚLCERA B  Referência 4 - 1,95% Cobertura  UP A - úlcera de pressão presente, em grau moderado [osso] nariz  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 4 referências codificadas [14,22% Cobertura]  Referência 1 - 3,84% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado maleolo externo pé lado direito - ÚLCERA C  Referência 2 - 3,93% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado maleolo externo pé lado esquerdo - ÚLCERA A  Referência 3 - 3,08% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau moderado sacro central - ÚLCERA D  Referência 4 - 3,35% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau reduzido costas lado direito - ÚLCERA E  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 2 referências codificadas [7,53% Cobertura]  Referência 1 - 4,10% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado calcanhar lado direito na face externa - ÚLCERA A  Referência 2 - 3,43% Cobertura  úlceras de pressão presente, em grau elevado calcanhar lado esquerdo - ÚLCERA B</p>
Maceração	4	5	<p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,43% Cobertura]  Referência 1 - 0,43% Cobertura  maceração sacro ( sulco inter- nadegueiro)  &lt;Internos\\3PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,30% Cobertura]  Referência 1 - 1,30% Cobertura  maceração mama parte inferior  &lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,59% Cobertura]  Referência 1 - 1,59% Cobertura  maceração região perineal e perianal</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Risco de Maceração	6	7	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,28% Cobertura] Referência 1 - 0,28% Cobertura Risco de maceração <Internos\\11PE_AD> - § 2 referências codificadas [0,48% Cobertura] Referência 1 - 0,19% Cobertura Risco de maceração Referência 2 - 0,30% Cobertura Maceração risco de maceração <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [0,79% Cobertura] Referência 1 - 0,79% Cobertura risco de maceração <Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [2,88% Cobertura] Referência 1 - 2,88% Cobertura risco de maceração colostomia lado esquerdo <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,41% Cobertura] Referência 1 - 0,41% Cobertura Risco de maceração <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [0,38% Cobertura] Referência 1 - 0,38% Cobertura Risco de maceração
Tecido Cicatricial	1	1	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,89% Cobertura] Referência 1 - 1,89% Cobertura tecido cicatricial dispersos pelas costas e dorso pé direito
Processo Psicológico (Atitude)	0	0	
Não Adesão ao Regime	0	0	
Não Adesão a Precauções de Segurança (Infeção Cruzada)	1	1	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,13% Cobertura] Referência 1 - 1,13% Cobertura auto controlo: infeção não eficaz
Processo Psicológico (Cognição)	0	0	
Aprendizagem de Capacidades [Transferir-se]	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [1,78% Cobertura] Referência 1 - 1,78% Cobertura aprendizagem de habilidades para se transferir no transferir-se não demonstrado
Processo Social	0	0	
Falta de Apoio Social	1	1	<Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [0,88% Cobertura] Referência 1 - 0,88% Cobertura suporte não adequado
Queda	0	0	

Risco de Queda	10	10	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [0,51% Cobertura] Referência 1 - 0,51% Cobertura Queda queda algum risco de queda <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,14% Cobertura] Referência 1 - 0,14% Cobertura Risco de queda <Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [0,44% Cobertura] Referência 1 - 0,44% Cobertura risco de queda <Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [0,43% Cobertura] Referência 1 - 0,43% Cobertura risco de queda <Internos\\3PM_AD> - § 1 referência codificada [0,63% Cobertura] Referência 1 - 0,63% Cobertura risco de queda <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [0,62% Cobertura] Referência 1 - 0,62% Cobertura risco de queda <Internos\\5DC_6PC_AD> - § 1 referência codificada [0,80% Cobertura] Referência 1 - 0,80% Cobertura risco de queda <Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [0,94% Cobertura] Referência 1 - 0,94% Cobertura risco de queda <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [0,32% Cobertura] Referência 1 - 0,32% Cobertura Risco de queda <Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [0,30% Cobertura] Referência 1 - 0,30% Cobertura Risco de queda
CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registro associadas
Status	0	0	
Conhecimento	0	0	
Conhecimento sobre Andar com Auxiliar de Marcha	1	1	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [1,95% Cobertura] Referência 1 - 1,95% Cobertura conhecimento sobre andar utilizando equipamentos não demonstrado
Conhecimento sobre Equilíbrio	2	2	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [4,46% Cobertura] Referência 1 - 4,46% Cobertura conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé não demonstrado conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado não demonstrado <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,14% Cobertura] Referência 1 - 2,14% Cobertura conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado no equilíbrio corporal não demonstrado
Conhecimento sobre Estratégias Adaptativas	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [2,12% Cobertura] Referência 1 - 2,12% Cobertura conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir no transferir-se não demonstrado
Conhecimento sobre exame a realizar	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [1,51% Cobertura] Referência 1 - 1,51% Cobertura Conhecimento conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado
Conhecimento sobre Técnica de Exercício Muscular ou Articular	2	2	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [1,98% Cobertura] Referência 1 - 1,98% Cobertura conhecimento sobre exercícios muscularto-articulares não demonstrado <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [4,10% Cobertura] Referência 1 - 4,10% Cobertura conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares no movimento muscular não demonstrado conhecimento sobre exercícios musculartoarticulares activos no movimento muscular não demonstrado
Equilíbrio	2	2	<Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [1,53% Cobertura] Referência 1 - 1,53% Cobertura equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado <Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [5,86% Cobertura] Referência 1 - 5,86% Cobertura aprendizagem de habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado no equilíbrio corporal não demonstrado equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado no equilíbrio corporal não demonstrado

Necessidade (Serviço de Saúde)	3	3	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [1,04% Cobertura] Referência 1 - 1,04% Cobertura oportunidade de serviços de saúde <Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [1,01% Cobertura] Referência 1 - 1,01% Cobertura serviço de saúde referenciar ECCI <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [2,47% Cobertura] Referência 1 - 2,47% Cobertura serviço de saúde oportunidade de acompanhamento por ECCI
Necessidades em cuidados do MFPC	0	0	
Papel de Prestador de Cuidados	1	1	<Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [1,89% Cobertura] Referência 1 - 1,89% Cobertura papel de prestador de cuidados não adequado
Processo Psicológico (Cognição)	0	0	
Aprendizagem de Capacidades do PC	0	0	
Aprendizagem de Capacidades do PC [alimentar por SNG]	1	1	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [3,11% Cobertura] Referência 1 - 3,11% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação não demonstrado
Aprendizagem de Capacidades do PC [assistir no transferir-se]	1	1	<Internos\\8PC_AD> - § 1 referência codificada [4,44% Cobertura] Referência 1 - 4,44% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência no transferir-se não demonstrado aprendizagem de habilidades para se transferir no transferir-se não demonstrado
Aprendizagem de Capacidades do PC [Assistir no posicionamento]	2	2	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [2,04% Cobertura] Referência 1 - 2,04% Cobertura Posicionar-se aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento no posicionar-se não demonstrado <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [1,03% Cobertura] Referência 1 - 1,03% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento não demonstrado



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Aprendizagem de Capacidades do PC [cuidar do ostoma de eliminação]	1	1	<Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [7,23% Cobertura] Referência 1 - 7,23% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados relativos ao cuidado da ostomia de eliminação adquiridos
Aprendizagem de Capacidades do PC [prevenir aspiração]	1	1	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,97% Cobertura] Referência 1 - 0,97% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração não demonstrado
Aprendizagem de Capacidades do PC [Prevenir UP]	2	2	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,95% Cobertura] Referência 1 - 1,95% Cobertura aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão no úlcera de pressão não demonstrado <Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [1,27% Cobertura] Referência 1 - 1,27% Cobertura Úlcera de Pressão aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão não demonstrado
Status	0	0	
Bem-Estar do PC	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [1,03% Cobertura] Referência 1 - 1,03% Cobertura bem-estar do prestador de cuidados não percepcionado
Conhecimento do Prestador de Cuidados	0	0	
Conhecimento do PC [alimentar]	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [2,62% Cobertura] Referência 1 - 2,62% Cobertura Alimentar-se conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se no alimentar-se não demonstrado
Conhecimento do PC [Comportamento de procura de saúde]	1	1	<Internos\\9PC_AD> - § 1 referência codificada [2,54% Cobertura] Referência 1 - 2,54% Cobertura Comportamento de Procura de Saúde conhecimento do prestador de cuidados sobre comportamento de procura de saúde não demonstrado
Conhecimento do PC [Prevenção de Obstipação]	1	1	<Internos\\10PE_AD> - § 1 referência codificada [1,69% Cobertura] Referência 1 - 1,69% Cobertura Obstipação conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação no obstipação não demonstrado
Conhecimento do PC [prevenir contaminação]	1	1	<Internos\\1PM_AD> - § 1 referência codificada [3,02% Cobertura] Referência 1 - 3,02% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da contaminação não demonstrado
Conhecimento do PC sobre Autocuidado	2	6	<Internos\\2DM_AD> - § 3 referências codificadas [7,81% Cobertura] Referência 1 - 2,47% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene não demonstrado Referência 2 - 2,75% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário não demonstrado Referência 3 - 2,59% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário não demonstrado <Internos\\4PM_AD> - § 3 referências codificadas [11,27% Cobertura] Referência 1 - 3,57% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene não demonstrado Referência 2 - 3,96% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário não demonstrado Referência 3 - 3,74% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre o auto cuidado: vestuário não demonstrado
Conhecimento do PC sobre Ostomia de Eliminação	1	1	<Internos\\7PC_AD> - § 1 referência codificada [5,16% Cobertura] Referência 1 - 5,16% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre a ostomia de eliminação adquirido
Conhecimento do PC sobre Prevenção de Aspiração	1	1	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,84% Cobertura] Referência 1 - 0,84% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração não demonstrado
Conhecimento do PC sobre Prevenção de Quedas	1	1	<Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [3,48% Cobertura] Referência 1 - 3,48% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas não demonstrado
Conhecimento do PC sobre Prevenção de UP	3	3	<Internos\\11PE_AD> - § 1 referência codificada [0,95% Cobertura] Referência 1 - 0,95% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão não demonstrado <Internos\\2DM_AD> - § 1 referência codificada [2,81% Cobertura] Referência 1 - 2,81% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão não demonstrado <Internos\\4PM_AD> - § 1 referência codificada [4,05% Cobertura] Referência 1 - 4,05% Cobertura conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão não demonstrado



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Conhecimento do PC sobre Técnica de Posicionamentos - Transferência	4	6	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,58% Cobertura]  Referência 1 - 1,58% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento no posicionar-se não demonstrado</p> <p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [1,75% Cobertura]  Referência 1 - 0,87% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento não demonstrado  Referência 2 - 0,87% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento não demonstrado</p> <p>&lt;Internos\\2DM_AD&gt; - § 2 referências codificadas [5,16% Cobertura]  Referência 1 - 2,59% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento não demonstrado  Referência 2 - 2,56% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência não demonstrado</p> <p>&lt;Internos\\4PM_AD&gt; - § 1 referência codificada [3,74% Cobertura]  Referência 1 - 3,74% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento não demonstrado</p>
Conhecimento do PC sobre Técnica de Transferência	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [2,28% Cobertura]  Referência 1 - 2,28% Cobertura  conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência no transferir-se não demonstrado</p>
Risco de Stress do PC	2	2	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,71% Cobertura]  Referência 1 - 0,71% Cobertura  algum risco de stress do prestador de cuidados</p> <p>&lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,59% Cobertura]  Referência 1 - 1,59% Cobertura  stress do prestador de cuidados forte alto risco stress do prestador de cuidados</p>
Stress do Prestador de Cuidados	3	4	<p>&lt;Internos\\10PE_AD&gt; - § 1 referência codificada [1,01% Cobertura]  Referência 1 - 1,01% Cobertura  Stress do Prestador de cuidados  stress do prestador de cuidados</p> <p>&lt;Internos\\11PE_AD&gt; - § 2 referências codificadas [0,98% Cobertura]  Referência 1 - 0,32% Cobertura  Stress do prestador de cuidados  Referência 2 - 0,66% Cobertura  Stress do Prestador de cuidados  stress do prestador de cuidados</p> <p>&lt;Internos\\9PC_AD&gt; - § 1 referência codificada [0,61% Cobertura]  Referência 1 - 0,61% Cobertura  Stress do prestador de cuidados</p>
<b>9 Satisfação com os cuidados prestados no local atual (Internamento, USF)</b>	0	0	
Boa comunicação	4	4	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 1 referência codificada [5,55% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.</p> <p>&lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,05% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,69% Cobertura]  Referência 1 - 0,69% Cobertura  Se por acaso não poder ir àquela hora telefona a avisar, tudo bem.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,55% Cobertura]  Referência 1 - 4,55% Cobertura  (sobre se tem outras ajudas) Não, porque eu não trabalho. Desde que o [nome do filho] nasceu desempreguei-me e não tenho necessidade disso, a necessidade que acho uma mais valia é esta unidade dos cuidados, além de ser bom para o [nome do filho] também é um meio de comunicação e a pessoa fica com familiares, não é mas parece. Tornámos uma amizade, além de profissionalismo que é, torna-se...</p> <p>(sobre suporte emocional) Sim, sim, somos muito comunicativas e elas são prestáveis...</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Boa organização	1	2	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [1,20% Cobertura]  Referência 1 - 0,65% Cobertura  Ela tem aquilo gravado e sabe os dias que lá há de ir e a hora.  Referência 2 - 0,54% Cobertura  Pelo menos questões de dias e horários ela não falha.</p>
Boa relação interpessoal	5	7	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [14,79% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  Referência 2 - 9,23% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das enfermeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [10,79% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  Referência 2 - 4,74% Cobertura  E, mas com todos, tanto vale ser com o [nome específico de um enfermeiro], como com outros enfermeiros que venham aqui, não tenho que dizer. Porque eles atendem todos da mesma maneira.  Estou satisfeita, não posso dizer mais. Dá-nos uma calma que nem sabe! Isso conta muito também!  Eu até andava com o sistema nervoso, andava alterada... até ninguém podia falar para mim, que eu alterava logo a voz - mas às vezes eu nem sentia, mas era assim.  Agora não, agora já as coisas são de outra maneira. É! Ajuda muito!  Na questão desta equipa, sinceramente, só posso dizer bem!  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]  Referência 1 - 24,75% Cobertura  A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase "São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda" - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [5,44% Cobertura]  Referência 1 - 5,44% Cobertura  E, acima de tudo, eu digo isto sempre - acho que é ótimo -, para um doente e para a família dele também mas, neste caso para o doente, que as pessoas brinquem com o doente - e é o que acontece com elas. Elas chegam, também brincam com ele, arranjam-se estratégias - um dia destes era preciso fazer ... bastante pequeno e não tínhamos arranjado uma bengala e depois ele batia dum lado e uma pessoa está a fazer música. Isto é muito bom, porque o doente faz, faz por gosto, não faz... prontos, não faz quando vêem mais cedo e ele está a dormir e ele diz (...) se não faz por gosto. E para nós isso também é muito bom.  Mesmo a "X" ensinou-me e diz: "olhe tem de fazer assim". Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! E ele colabora comigo também, na mesma, não tenho assim problemas. Eu acho que ele melhora, quanto mais não chega quando eu digo - vêm aí as meninas e tal! Eu brinco um bocadinho com ele.  (sobre o serviço) Acho ótima (repete), sinceramente acho ótima!  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,80% Cobertura]  Referência 1 - 0,80% Cobertura  (sobre suporte emocional) Sim, sim, somos muito comunicativas e elas são prestáveis...</p>
Boa técnica	2	4	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [3,16% Cobertura]  Referência 1 - 1,78% Cobertura  (Antes deste agravamento de saúde do pai, por sub-oclusão) a enfermeira que vai lá a casa devido algália e o problema das feridas (ainda este ano) e assim, acho que é ótima.  Referência 2 - 1,38% Cobertura  A médica não, da enfermeira não tenho nada a dizer. Pelo contrário! É uma jovem, pelo menos naquilo que ela tem de fazer é competente.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [7,94% Cobertura]  Referência 1 - 3,99% Cobertura  (estabilização da situação) Sim, porque com a enfermagem é mais fácil administrar um cateter, um antibiótico endovenoso do que eu ter que o levar a uma Urgência e ele estar internado porque se tenho essa facilidade da enfermeira chegar aqui e colocar um cateter, eu aqui tenho todos os mecanismos que são necessários e evito de ele ser internado e apanhar viroses.  (desde há um ano e meio) Não tem tido internamentos.  Referência 2 - 3,95% Cobertura  (sobre a ausência de necessidade de idas à urgência) Exacto, porque eu chamava o médico, mas como não tinha quem lhe administrasse qualquer tipo de antibiótico endovenoso, era mais complicado e tinha que ir ao Hospital e então quando era para ser antibiótico através de veia tinha que ficar internado, mas agora felizmente o médico se achar que ele deve tomar o antibiótico através das veias, é só chamar (a ECCI).</p>

CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Disponibilidade	4	5	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 2 referências codificadas [14,79% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre.... eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  Referência 2 - 9,23% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das enfermeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 1 referência codificada [6,05% Cobertura]  Referência 1 - 6,05% Cobertura  (após integração na ECCI) Foi totalmente, como da água para o vinho. Foi pena não ser logo de início. Desta equipa eu não tenho que dizer. Só tenho a dizer bem. Olhe, dá-nos uma calma. Eu até sinceramente (sorri), que até no início a gente até estranhou! Porque logo do começo dá-nos logo uma calma. O atendimento é outro. As daqui (refere-se à equipa de enfermagem e médica) não tinham simpatia nenhuma, apesar de a gente estar assim um bocado em baixo, por vê-la assim... elas não tinham simpatia - tanto de médicas como de enfermagem. Estes é...É cinco estrelas. A gente está à vontade. Eu não tenho que dizer de nenhum. Sou franca! É uma simpatia... A gente já dizia no hospital que a melhor coisinha que apareceu foi esta equipa.  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]  Referência 1 - 24,75% Cobertura  A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase "São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda" - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.  &lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,58% Cobertura]  Referência 1 - 1,58% Cobertura  (numero vezes de visita da equipa) Os enfermeiros vêm quando preciso. O [nome do filho] quando precisa basta ligar, estão logo prontos a comparecer. Estou satisfeita.</p>
Efeitos negativos de transporte do dependente	2	2	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,07% Cobertura]  Referência 1 - 4,07% Cobertura  Porque o medo que eu tenho é da condução da ambulância. Do transporte, porque ele vai, coitadinho... não tem defesas nenhuma... vai aos solavancos e isso é que mete aflição  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,30% Cobertura]  Referência 1 - 2,30% Cobertura  No hospital, eu pessoalmente acho que este tipo de doentes não deveriam ir a um hospital, porquê? Porque, primeiro tem de ir numa ambulância, depois estão 2 a 3 horas para serem chamados, estão uma tarde inteira para vir para casa e é muito maçador, ele chega a casa extremamente cansado. Entretanto teve uma recaída e acabou... as fisioterapias, tanto da Fala como da mobilidade e, pronto, ... voltamos outra vez a estar com o serviço.</p>
Erro ou má técnica do Serviço de Ap. Domiciliário - Higiene	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,88% Cobertura]  Referência 1 - 1,88% Cobertura  Foram as senhoras que lhe vão dar banho que o queimaram com a água, porque a pele dele está tenrinha como se fosse um bebé e a água estava um bocadinho mais quente e queimou-o. (...).</p>
Má assistência médica no domicílio	1	1	<p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [21,77% Cobertura]  Referência 1 - 21,77% Cobertura  Tenho uma médica péssima... (...) o meu pai passou definitivamente para minha casa e tive de arranjar uma médica...era a única médica disponível... não é uma médica em condições. Quando preciso de falar com ela, ou quando preciso que ela dê uma assistência ao meu pai, eu tenho de me plantar na porta do consultório e ela ignora-me e faz de conta que não me vê e eu falo com ela e ela já... até sai... tem sido complicado.  Até já se passou um caso crítico aqui neste hospital. Veio para a urgência, mandou a enfermeira me ligar que não podia ir ver o meu pai e que era um caso de urgência. E eu cheguei aqui à urgência... tive umas horas à espera... quando fui atendida o médico não gostou nada porque era uma simples queimadura que estava a infeccionar devido a não ter sido bem tratada. Foram as senhoras que lhe vão dar banho que o queimaram com a água, porque a pele dele está tenrinha como se fosse um bebé e a água estava um bocadinho mais quente e queimou-o. (...). e a médica diz que não tinha que ver, porque era um caso do hospital. Quando cheguei aqui o médico não gostou e que pedi muita desculpa que foi a médica que o mandou. Ele escreveu uma carta para a médica e quando eu cheguei lá ao posto de saúde (...) foi uma má experiência, que não havia necessidade.  Pedi para ir lá a casa ver o meu pai e disse-me que não tinha transporte. Cada vez que preciso de vir pago 10€, em cada viagem que chamo os bombeiros. Marcou-me um dia para ir lá a casa, faltei ao trabalho e ela não apareceu. Voltei-lhe a ligar, marcou outro dia para as nove da noite, para eu não faltar ao trabalho, voltou a não aparecer e à terceira vez eu chateei-me um bocado e fui um bocado rude e então à terceira vez ela apareceu. Apareceu, mas nem viu o meu pai... perguntou se costumamos medir as tensões ou se a enfermeira quando lá vai as mede... de 3 em 3 meses que é quando ela lá vai mudar a algália. Por acaso nós temos um medidor e vamos medindo e vendo mais ou menos. A médica não, da enfermeira não tenho nada a dizer. Pelo contrário! É uma jovem, pelo menos naquilo que ela tem de fazer é competente. Pelo menos questões de dias e horários ela não falha.</p>
Má comunicação com os profissionais em geral	1	1	<p>&lt;Internos\\6PC_E&gt; - § 1 referência codificada [17,50% Cobertura]  Referência 1 - 17,50% Cobertura  Gostava que melhorasse só um aspecto... a informação neste hospital nunca chega a ser... tanto o enfermeiro como o médico. Repare, na 2ª feira de manhã fui informado que o meu avô ia ter alta e a minha avó veio de tarde e ele não chegou a ter! Diziam-lhe uma coisa e depois outra... e nós ficávamos sempre naquele impasse... e eu acho que é assim, por um lado é facto há certas coisas que devemos esconder do doente e essa é uma deles! O caso do meu avô, apesar de não ser uma pessoa com muita idade, ele fica ansioso de mais com as coisas. É isto contado à frente dele, ele fica a pensar "lá vou eu para casa e ainda bem". Ainda hoje estava-se à espera de uma análise e a ver se ia embora ou não.</p>
Maior adesão pela autoridade da presença dos enfermeiros	1	1	<p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [2,21% Cobertura]  Referência 1 - 2,21% Cobertura  Só ajuda com batas brancas, que eu já disse que vou buscar a minha, que eu tenho uma. E com batas brancas... a Enf.ª "X" chega aí e não custa nada e quer ver olhe... (descreve o que Enf.ª diz e faz) faz-se assim e assim, ajude ali e ... se tiver eu e a minha mãe custa um bocadito mais (autoridade do profissional de saúde). A verdade tem de se dizer. É muito mimalho, nós mima-lo muito. É normal! Eu acho que é normal!</p>



CATEGORIAS	Fon-tes	Referências	Unidades de registo associadas
Preparação do regresso a casa no internamento	3	4	<p>&lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,51% Cobertura]  Referência 1 - 3,51% Cobertura  Sim, sim, já tive, em principio, eu vim cá a uma formação para lidar com ela... porque a minha mãe foi sempre uma senhora que se mexeu sempre, andou sempre, até partir a perna... portanto vim cá...  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [1,86% Cobertura]  Referência 1 - 1,86% Cobertura  Já vim cá para ver como lavam na cama, como viram...  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [10,83% Cobertura]  Referência 1 - 5,74% Cobertura  ... esta operação que ele fez agora, que eu não sei dizer o nome, ele teve que puxar o intestino para fora e fazer as suas necessidades para o saquinho... porque eu nem sabia como isso funcionava. Já aprendi, não acho que seja assim muito difícil de eu fazer isso. Agora é assim, tem uma limpeza que é sempre muito, muito necessária e é nesse aspecto que eu tenho mais medo. Realmente que eu não esteja a fazer aquele limpeza que seja necessário e isso provoque depois alguma infecção ou alguma coisa do género... que a mim me falha, porque eu não percebo nada disso.  Referência 2 - 5,09% Cobertura  Sim, explicaram-me como se metia o saquinho e estivemos a escolher o que era mais prático ... e agora aprendi como se processa... não é. Aprendi como devo fazer a limpeza, de quanto em quanto tempo, tive um livro que já li para ver realmente como é. Agora é assim, ... tenho medo ... de não fazer bem a limpeza e essas coisas todas. Para já só aprendi aquilo e penso que, depois, nos primeiros dias vou ter uma assistência para realmente me verem se eu estou a meter o saquinho direito... a fazer bem ou não...</p>
Satisfação global com o serviço atual	10	19	<p>&lt;Internos\\10PE_E&gt; - § 3 referências codificadas [18,30% Cobertura]  Referência 1 - 5,55% Cobertura  Mas os enfermeiros têm sido - vou usar uma palavra - os "anjos da guarda" cá de casa, se não fosse eles não sei. Especialmente a [nome de uma das enfermeiras] está sempre..., eu telefono-lhe a qualquer hora e ela está sempre pronta para me atender, se não fosse ela não sei como é que havia de ser... (emociona-se).  Tenho o telefone particular dela (enfermeira). Quando tenho algum "enrascanso" como se diz, ligo para a [nome de uma das enfermeiras], e não tenho horas, às vezes vai fora de horas.  Referência 2 - 3,51% Cobertura  (sobre suficiência deste serviço) Eu acho que sim. Eles vêm cá todos os dias, é quase já como uma pessoa que vem ver uma pessoa de família à casa. (...emociona-se)  Sabe, comovo-me com estas coisas assim...  Mas ela tem sido, olhe... optimamente tratada pelas enfermeiras que vêm cá a casa, disso não há dúvida nenhuma.  Referência 3 - 9,23% Cobertura  ão posso exigir nada mais do que o serviço que estão a fazer, estou intimamente satisfeito e não posso exigir mais do que eles estão a fazer. Eles são excepcionais não há dúvida nenhuma. Não é por elas estarem aqui, serem conhecidas nem nada, não posso dizer mais, são excepcionais para mim. Se não fossem elas não sei o que é que havia de ser. Talvez eu já tivesse dado um tiro na cabeça.  Aqui a [nome de uma das enfermeiras] é extraordinária. É como uma filha minha. Eu tenho tanto amor a ela como fosse minha filha, porque o que ela diz é o que eu faço e tiro impressões com ela: - Ó [nome de uma das enfermeiras] desculpa, peço-te perdão de te estar a incomodar!; - Às vezes à noite ela está em casa com as filhas e com o marido e eu às vezes lá telefono para lá e ela lá me vai atendendo.  &lt;Internos\\11PE_E&gt; - § 4 referências codificadas [6,77% Cobertura]  Referência 1 - 0,37% Cobertura  (sobre o serviço actual) Bem, bem, muito bem!  Referência 2 - 1,12% Cobertura  (sobre as melhorias da dependente) Eu acho que sim, melhorou muito. Até o sistema dela, eu noto que a enfermagem a ela até lhe fez bem.  Referência 3 - 0,54% Cobertura  (sobre melhorias) Não tenho nada a apontar, só tenho a dizer bem.  Referência 4 - 4,74% Cobertura  É, mas com todos, tanto vale ser com o [nome específico de um enfermeiro], como com outros enfermeiros que venham aqui, não tenho que dizer. Porque eles atendem todos da mesma maneira.  Estou satisfeita, não posso dizer mais. Dá-nos uma calma que nem sabe! Isso conta muito também!  Eu até andava com o sistema nervoso, andava alterada... até ninguém podia falar para mim, que eu alterava logo a voz - mas às vezes eu nem sentia, mas era assim.  Agora não, agora já as coisas são de outra maneira. É! Ajuda muito!  Na questão desta equipa, sinceramente, só posso dizer bem!  &lt;Internos\\11PE_NC&gt; - § 1 referência codificada [24,75% Cobertura]  Referência 1 - 24,75% Cobertura  A MFPC, no final da entrevista e ao despedir-se do Sr. Enfermeiro e da Estudante estagiária (que a acompanhava), verbalizou a frase "São uns Anjos da guarda, são os meus Anjos da guarda" - o que tem sido recorrente durante as várias entrevistas.  &lt;Internos\\2DM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,66% Cobertura]  Referência 1 - 3,66% Cobertura  No hospital estou bem e sou bem tratado,  &lt;Internos\\3PM_E&gt; - § 1 referência codificada [3,78% Cobertura]  Referência 1 - 3,78% Cobertura  (sobre a assistência actual) Muito boa! Não tenho que dizer. Muito boa! Tanto no hospital como em casa... são formidáveis, tanto faz ser homens como mulheres. Os enfermeiros são 5 estrelas para a minha mãe.  &lt;Internos\\4PM_E&gt; - § 1 referência codificada [4,05% Cobertura]Referência 1 - 4,05% Cobertura  Penso que a assistência é boa! Não tenho que dizer... tanto os médicos, como os enfermeiros, não tenho que dizer!  &lt;Internos\\5DC_E&gt; - § 1 referência codificada [4,27% Cobertura]  Referência 1 - 4,27% Cobertura  A assistência actual é boa.  &lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [2,74% Cobertura]  Referência 1 - 1,78% Cobertura  (Antes deste agravamento de saúde do pai, por sub-oclusão) a enfermeira que vai lá a casa devido algália e o problema das feridas (ainda este ano) e assim, acho que é ótima.  Referência 2 - 0,96% Cobertura  Sei e vejo que tem sido bem tratado. Tem sido tratado de mais... até têm-lhe dado mimo a mais! ...  &lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 3 referências codificadas [7,23% Cobertura]  Referência 1 - 5,44% Cobertura  E, acima de tudo, eu digo isto sempre - acho que é ótimo -, para um doente e para a família dele também mas, neste caso para o doente, que as pessoas brinquem com</p>

			<p>o doente - e é o que acontece com elas. Elas chegam, também brincam com ele, arranjam-se estratégias - um dia destes era preciso fazer ... bastante pequeno e não tínhamos arranjado uma bengala e depois ele batia dum lado e uma pessoa está a fazer música. Isto é muito bom, porque o doente faz, faz por gosto, não faz... prontos, não faz quando vêem mais cedo e ele está a dormir e ele diz (...) se não faz por gosto. E para nós isso também é muito bom.</p> <p>Mesmo a "X" ensinou-me e diz: "olhe tem de fazer assim". Normalmente ela está ao lado e sou eu que faço, ela a ver se faço bem feito (ri-se). Tem de ser! E ele colabora comigo também, na mesma, não tenho assim problemas. Eu acho que ele melhora, quanto mais não chega quando eu digo - vêm aí as meninas e tal! Eu brinco um bocadinho com ele.</p> <p>(sobre o serviço) Acho ótima (repete), sinceramente acho ótima!</p> <p>Referência 2 - 0,81% Cobertura</p> <p>Estas que têm vindo aqui, pode até haver algumas que não sejam, mas estas que têm vindo aqui... é uma equipa fabulosa. Sinceramente é uma equipa fabulosa.</p> <p>Referência 3 - 0,99% Cobertura</p> <p>Mas não tenho nada que dizer, pelo contrário, estou satisfeítissima. Estou satisfeita, são... satisfeita mesmo! Acho que já deveria ter havido este programa há muito mais tempo! Acho eu.</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 2 referências codificadas [4,52% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 3,80% Cobertura</p> <p>Tem uma mais-valia, está muito melhor amparado a nível de enfermagem, de cuidados que ele precise, a nível de higiene também não tinha e (agora) tenho. Era só eu que tratava dele, agora uma vez por semana tenho a ajuda da auxiliar da equipe. Tinha direito a duas, só que o meu [nome do filho] faz muitas infecções pulmonares e como faço a higiene diária, pelo menos uma vez vai a um banho profundo.</p> <p>Referência 2 - 0,71% Cobertura</p> <p>(sobre como considera a assistência prestada actualmente) De um a dez? Dez.</p>
TEMA - SATISFAÇÃO COM A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO	4	4	<p>&lt;Internos\\1PM_E&gt; - § 1 referência codificada [2,21% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 2,21% Cobertura</p> <p>Penso que respondi o mais simples possível e o mais honesto possível. Estou muito contente...</p> <p>&lt;Internos\\7PC_E&gt; - § 1 referência codificada [1,67% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 1,67% Cobertura</p> <p>A ECCI era um serviço que eu não conhecia... e que fico agradecida por me perguntarem isto. Porque ajudam-me a mim e eu ajudo os enfermeiros com as minhas respostas.</p> <p>&lt;Internos\\8PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,46% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,46% Cobertura</p> <p>(sobre o agradecimento da participação) Sempre que precisar, não tem problema nenhum!</p> <p>&lt;Internos\\9PC_E&gt; - § 1 referência codificada [0,69% Cobertura]</p> <p>Referência 1 - 0,69% Cobertura</p> <p>(satisfação em participar na entrevista) Muito obrigada pela entrevista.</p>



## **SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

### **PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADA NO INQUÉRITO**

Este inquérito tem como objectivo recolher a sua opinião sobre **os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**. O conhecimento das vossas necessidades e do vosso nível de satisfação é importante e permitirá o desenvolvimento de estratégias para a melhoria substancial e qualitativa do serviço prestado ao cliente.

Na primeira parte deste inquérito, fazem-se algumas questões relativas a si próprio(a). No entanto, essas questões não visam identificá-lo(a), mas apenas recolher elementos que facilitem a análise dos dados. A segunda parte constitui o *Formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas ECCI* (SATENF-ECCI).

**Não há respostas certas ou erradas.** Pretende-se apenas a sua opinião sincera. **As suas respostas são inteiramente confidenciais.**

**Nº DO CORTE:**

**DATA** [dia/mês/ano]: \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_h \_\_m

**CÓDIGO DO INQUIRIDOR** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_

**CÓDIGO DO CASO** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_ (igual ao usado na análise documental)

### **FORMA DE COLHEITA DE DADOS**

Presencial, ministrado pelo investigador / Autopreenchimento / Via telefónica

1º Contato telefónico: Dia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_h \_\_m Resultado: *Respondeu, Indisponível, Ausente, Recusou*

2º Contato telefónico: Dia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_h \_\_m Resultado: *Respondeu, Indisponível, Ausente, Recusou*

3º Contato telefónico: Dia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_h \_\_m Resultado: *Respondeu, Indisponível, Ausente, Recusou*

## PARTE I – Informação Preliminar

---

### DADOS DA PESSOA DEPENDENTE

**Freguesia de residência atual** \_\_\_\_\_

**Sexo** Masculino      Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa      Não Portuguesa (qual?) \_\_\_\_\_

**Profissão**

Membros das forças armadas

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa

Especialistas das profissões intelectuais e científicas

Técnicos e profissionais de nível intermédio

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

Operários, artifices e trabalhadores similares

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Doméstico

Desempregado

Pensionista / Reformado

Estudante

Outra (qual?) \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Nenhum

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, qual a área de estudos** \_\_\_\_\_

**Número total de familiares ou amigos que lhe prestam cuidados** \_\_\_\_\_

**Serviço de saúde atual prestador de cuidados**

ECICI / Medicina / Cirurgia / Urgência / Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**Número de contactos com o serviço (atual) na última semana** \_\_\_\_\_

(ex.: 1, 2, contínuo)

**Desde que integra este serviço (atual) usou outros cuidados ou profissionais de saúde**

Sim      Não

**Em caso de resposta *Sim*, qual ou quais:** \_\_\_\_\_

(ex.: consultas de um médico especialista, internamento, ...)

**DADOS DO PRINCIPAL MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

**Freguesia de residência atual** \_\_\_\_\_

**Sexo** Masculino      Feminino      **Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa      Não Portuguesa (qual?) \_\_\_\_\_

**Profissão**

Membros das forças armadas

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa

Especialistas das profissões intelectuais e científicas

Técnicos e profissionais de nível intermédio

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

Operários, artificies e trabalhadores similares

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Doméstico

Desempregado

Pensionista / Reformado

Estudante

Outra (qual?) \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Nenhum

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, qual a área de estudos** \_\_\_\_\_

**Número total de pessoas, com dependência, a cargo** \_\_\_\_\_

**Experiência anterior de tomar conta de pessoas dependentes** [não inclui o atual]

Sim      Não

**Total de horas que dedica ao cuidado da pessoa dependente, por semana** \_\_\_\_\_

**Grau de parentesco ou relação com a pessoa dependente**

Filho(a)

Marido/Mulher

Pai/Mãe

Sobrinho

Vizinho/Amigo

Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**Vive na mesma casa, com a pessoa dependente** Sim      Não

**Em caso de resposta *Não*, pensa passar a viver na mesma casa**

Sim      Não

## PARTE IIa – SATENF-ECCI

[Vilela, 2012 - Versão ECCI, adaptada ao Principal Membro da Família Prestador de Cuidados]

**RESPONDENTE:** Membro da Família Prestador de Cuidados

De seguida, colocar-se-ão um conjunto de perguntas com as quais se pretende conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

Em cada resposta, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. No caso de não saber, não querer responder ou não se aplicar alguma das questões colocadas escolha a opção – **NS/NR/NA**=Não sabe/Não responde/Não se aplica.

Procure, por favor, responder a todas as questões. Se possível, responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

Centrando-se exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (11)

#### 1. Processo de admissão e integração no serviço

- |   |  |
|---|--|
| a) O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço                      |  |
| b) O acolhimento feito pelos enfermeiros  |  |
| c) A explicação dada pelos enfermeiros sobre o funcionamento e organização do serviço |  |

#### 2. Contactos com a equipa

- |   |  |
|---|--|
| a) A facilidade de estabelecer contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro) |  |
|---|--|

#### 3. Disponibilidade

- |  |  |
|--|--|
| a) A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas |  |
| b) As idas a casa para além das que estavam programadas                              |  |
| c) O tempo que o enfermeiro dedicou à prestação de cuidados                          |  |
| d) A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados            |  |
| e) A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados        |  |

#### 4. Prontidão de Resposta

- |   |  |
|---|--|
| a) A prontidão na resposta com que os enfermeiros atenderam às suas necessidades em cuidados, quando precisou                   |  |
| b) A rapidez da resposta / orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da situação de saúde do seu familiar dependente |  |

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

## II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (14)

### 1. Envolvimento e Participação da Pessoa Dependente

- |  |  |
|--|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a participação do seu familiar dependente, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a participação do seu familiar dependente, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o envolvimento do seu familiar dependente, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 2. Envolvimento e Participação da Família

- |   |  |
|---|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o seu envolvimento, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 3. Informação e apoio recebidos

- |   |  |
|---|--|
| a) As informações e as orientações recebidas sobre os cuidados prestados  |  |
| b) As informações e as orientações recebidas sobre os exames efetuados ao seu familiar (ex.: de sangue, á urina)                |  |
| c) As informações e as orientações recebidas sobre a medicação prescrita  |  |
| d) As informações e as orientações recebidas sobre a evolução da dependência do seu familiar dependente                         |  |
| e) A informação recebida sobre profissionais de saúde e recursos da comunidade úteis face à situação do seu familiar dependente |  |
| f) A informação recebida sobre como detetar alterações na condição de saúde do seu familiar dependente                          |  |
| g) A promoção de atividades de socialização e de lazer para a pessoa dependente   |  |
| h) O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres   |  |
| i) A ajuda para resolver problemas financeiros  |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

## III – CUIDADOS (16)

### 1. Cuidados Instrumentais

- |   |  |
|---|--|
| a) Os cuidados de higiene e conforto prestados ao seu familiar dependente                       |  |
| b) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se vestir ou calçar |  |
| c) Os cuidados relativos ao arranjo pessoal do seu familiar dependente                          |  |
| d) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se alimentar        |  |

e) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para usar o sanitário (urinar, defecar e efetuar a higiene íntima)	
f) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para elevar o corpo ou partes do corpo	
g) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão	
h) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama	
i) Os cuidados centrados nas limitações do seu familiar dependente para usar a cadeira de rodas (assistir na utilização da cadeira em segurança, bem como do uso de rampas ou plataformas verticais)	
j) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para andar (com ou sem uso de recursos: andador, bengala, canadiana)	

## 2. Prevenção de Complicações / Gestão de sinais e sintomas

a) Os cuidados de prevenção de complicações (exemplos: ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)	
---	--

## 3. Preparação do Membro da Família Prestador de Cuidados para Tomar Conta

a) A preparação fornecida para o capacitar/ajudar a tomar conta do seu familiar dependente (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)	
---	--

## 4. Suporte Emocional

a) O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	
--	--

## 5. Promoção de Autonomia

a) A promoção da autonomia do seu familiar dependente nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)	
b) Os cuidados centrados na promoção da capacidade do seu familiar dependente tomar os medicamentos e usar equipamentos (caixa de comprimidos, aparelhos, canetas de insulina, oxigenoterapia, nebulizador, aspirador de secreções, máquinas de pesquisa de glicemia capilar, cadeira de rodas, ...)	

## 6. Apoio na organização / preparação das condições da casa

a) Ajuda a organizar a disposição do quarto e da casa	
b) Ajuda a criar as condições físicas e materiais em casa, necessárias ao cuidado	

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*,  
quão satisfeito(a) está com:

## IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (6)

### 1. Competência Técnica

a) O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	
---	--

### 2. Competência Relacional

a) A qualidade da relação estabelecida pelos enfermeiros	
--	--

### 3. Conduta Ética

a) O respeito pela pessoa	
---------------------------	--

b) A consideração demonstrada pelos enfermeiros pelos custos dos cuidados que prestam	
---	--

#### 4. Competência Educacional

a) A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	
---	--

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, quão satisfeito(a) está com:

#### V - INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (2)

##### 1. Intensidade do acompanhamento

a) O número de vezes e a frequência das idas dos enfermeiros a sua casa	
b) O número de enfermeiros por cada contacto ou visita a sua casa	

*Quão satisfeito(a) está com:*

#### VI - ORGANIZAÇÃO (4)

##### 1. Organização dos cuidados

a) A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	
b) O nível de cooperação e coordenação entre os membros da equipa de enfermagem	
c) A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	

##### 2. Compatibilização com a vida da família

a) A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	
---	--

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

#### VII - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (4)

##### 1. Continuidade dos Cuidados e Cooperação

a) O encaminhamento efetuado, pelos enfermeiros, em situações de urgência ou emergência	
b) O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	
c) A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	

##### 2. Preparação para a alta

a) O planeamento e a preparação, que os enfermeiros lhe dão ou deram, para a alta deste serviço	
---	--

#### VIII - SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

**1. Satisfação global com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem**

---

a) Globalmente, e face às suas expetativas iniciais, quão satisfeito está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos

---

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância:

---

---

**IX – “COMPLEMENTO” (4)**

---

---

**1. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo caso do seu familiar?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**2. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta unidade a um familiar ou amigo que necessitasse?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**3. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?**

---

---

**NOTA FINAL:**

Este questionário está ainda em construção e encontra-se em fase de validação e refinamento, pelo que ainda é demasiado extenso. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva ou em excesso?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e gostaria que tivesse feito?
- 4) Tem outras considerações a fazer sobre o questionário?
- 5) No futuro, acha que será melhor responder a este inquérito presencialmente ou por telefone?

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.**

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.



## PARTE IIb - SATENF

[Vilela, 2012 - Versão ECCI, adaptada à Pessoa com Dependência]

**RESPONDENTE:** Pessoa Dependente

De seguida, colocar-se-ão um conjunto de perguntas com as quais se pretende conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

Em cada resposta, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. No caso de não saber, não querer responder ou não se aplicar alguma das questões colocadas escolha a opção – **NS/NR/NA**=Não sabe/Não responde/Não se aplica.

Procure, por favor, responder a todas as questões. Se possível, responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

Centrando-se exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (11)

#### 1. Processo de admissão e integração no serviço

- |   |  |
|---|--|
| a) O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço                      |  |
| b) O acolhimento feito pelos enfermeiros  |  |
| c) A explicação dada pelos enfermeiros sobre o funcionamento e organização do serviço |  |

#### 2. Contactos com a equipa

- |   |  |
|---|--|
| a) A facilidade de estabelecer contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro) |  |
|---|--|

#### 3. Disponibilidade

- |  |  |
|--|--|
| a) A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas |  |
| b) As idas a casa para além das que estavam programadas                              |  |
| c) O tempo que o enfermeiro dedicou à prestação de cuidados                          |  |
| d) A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados            |  |
| e) A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados        |  |

#### 4. Prontidão de Resposta

- |   |  |
|---|--|
| a) A prontidão na resposta com que os enfermeiros atenderam às suas necessidades em cuidados, quando precisou |  |
| b) A rapidez da resposta / orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da sua situação de saúde      |  |

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

---

## II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (14)

---

### 1. Envolvimento e Participação da Pessoa Dependente

- |   |  |
|---|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o seu envolvimento, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 2. Envolvimento e Participação da Família

- |   |  |
|---|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a participação da sua família / cuidador, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a participação da sua família / cuidador, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o envolvimento da sua família / cuidador, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 3. Informação e apoio recebidos

- |  |  |
|--|--|
| a) As informações e as orientações recebidas sobre os cuidados prestados                                 |  |
| b) As informações e as orientações recebidas sobre os exames que realizou (ex.: de sangue, á urina)      |  |
| c) As informações e as orientações recebidas sobre a medicação prescrita                                 |  |
| d) As informações e as orientações recebidas sobre a evolução da sua situação de saúde                   |  |
| e) A informação recebida sobre profissionais de saúde e recursos da comunidade úteis face à sua situação |  |
| f) A informação recebida sobre como detetar alterações na sua condição de saúde                          |  |
| g) A promoção de atividades de socialização e de lazer   |  |
| h) O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres  |  |
| i) A ajuda para resolver problemas financeiros   |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

---

## III – CUIDADOS (16)

---

### 1. Cuidados Instrumentais

- |   |  |
|---|--|
| a) Os cuidados de higiene e conforto que lhe foram prestados              |  |
| b) Os cuidados prestados face às suas limitações para se vestir ou calçar |  |
| c) Os cuidados relativos ao seu arranjo pessoal                           |  |
| d) Os cuidados prestados face às suas limitações para se alimentar        |  |

e) Os cuidados prestados face às suas limitações para usar o sanitário (urinar, defecar e efetuar a higiene íntima)	
f) Os cuidados prestados face às suas limitações para elevar o corpo ou partes do seu corpo	
g) Os cuidados prestados face às suas limitações para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão	
h) Os cuidados prestados face às suas limitações para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama	
i) Os cuidados centrados nas suas limitações para usar a cadeira de rodas (assistir na utilização da cadeira em segurança, bem como do uso de rampas ou plataformas verticais)	
j) Os cuidados prestados face às suas limitações para andar (com ou sem uso de recursos: andador, bengala, canadiana)	

## 2. Prevenção de Complicações / Gestão de sinais e sintomas

a) Os cuidados de prevenção de complicações (exemplos: ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)	
---	--

## 3. Preparação do Membro da Família Prestador de Cuidados para Tomar Conta

a) A preparação fornecida ao seu familiar, prestador de cuidados, para o capacitar/ajudar a cuidar de si (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)	
---	--

## 4. Suporte Emocional

a) O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	
--	--

## 5. Promoção de Autonomia

a) A promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)	
b) Os cuidados centrados na promoção da sua capacidade para tomar os medicamentos e usar equipamentos (caixa de comprimidos, aparelhos, canetas de insulina, oxigenoterapia, nebulizador, aspirador de secreções, máquinas de pesquisa de glicemia capilar, cadeira de rodas, ...)	

## 6. Apoio na organização / preparação das condições da casa

a) Ajuda a organizar a disposição do quarto e da casa	
b) Ajuda a criar as condições físicas e materiais em casa, necessárias ao cuidado	

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que 1 representa *Muito Insatisfeito* e 10 *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

## IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (6)

### 1. Competência Técnica

a) O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	
---	--

### 2. Competência Relacional

a) A qualidade da relação estabelecida pelos enfermeiros	
--	--

### 3. Conduta Ética

a) O respeito pela pessoa	
b) A consideração demonstrada pelos enfermeiros pelos custos dos cuidados que prestam	

---

#### 4. Competência Educacional

---

a) A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	
---	--

---

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, quão satisfeito(a) está com:

---

#### V - INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (2)

---

##### 1. Intensidade do acompanhamento

a) O número de vezes e a frequência das idas dos enfermeiros a sua casa	
---	--

b) O número de enfermeiros por cada contacto ou visita a sua casa	
---	--

---

*Quão satisfeito(a) está com:*

---

#### VI - ORGANIZAÇÃO (4)

---

##### 1. Organização dos cuidados

a) A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	
---	--

b) O nível de cooperação e coordenação entre os membros da equipa de enfermagem	
---	--

c) A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	
--	--

---

##### 2. Compatibilização com a vida da família

a) A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	
---	--

---

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

#### VII - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (4)

---

##### 1. Continuidade dos Cuidados e Cooperação

a) O encaminhamento efetuado, pelos enfermeiros, em situações de urgência ou emergência	
---	--

b) O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	
---	--

c) A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	
---	--

---

##### 2. Preparação para a alta

a) O planeamento e a preparação, que os enfermeiros lhe dão ou deram, para a alta deste serviço	
---	--

---

#### VIII - SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

##### 1. Satisfação global com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem

---

a) Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos

---

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância:

---

#### **IX – “COMPLEMENTO” (4)**

---

**1. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo seu caso?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

**2. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta unidade a um familiar ou amigo que necessitasse?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

**3. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?**

---

#### **NOTA FINAL:**

Este questionário está ainda em construção e encontra-se em fase de validação e refinamento, pelo que ainda é demasiado extenso. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva ou em excesso?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e gostaria que tivesse feito?
- 4) Tem outras considerações a fazer sobre o questionário?
- 5) No futuro, acha que será melhor responder a este inquérito presencialmente ou por telefone?

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.**

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.



**FORMULÁRIO SATENF-ECCI [Versão pré-teste]**

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS  
NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADA NO INQUÉRITO**

Este inquérito tem como objectivo recolher a sua opinião sobre **os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**. O conhecimento das vossas necessidades e do vosso nível de satisfação é importante e permitirá o desenvolvimento de estratégias para a melhoria substancial e qualitativa do serviço prestado ao cliente.

Na primeira parte deste inquérito, fazem-se algumas questões relativas a si próprio(a). No entanto, essas questões não visam identificá-lo(a), mas apenas recolher elementos que facilitem a análise dos dados. A segunda parte constitui o *Formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas ECCI* (SATENF-ECCI).

**Não há respostas certas ou erradas.** Pretende-se apenas a sua opinião sincera. **As suas respostas são inteiramente confidenciais.**

**Nº DO CORTE:** [Pré-Teste]

**DATA** [dia/mês/ano]: \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_h \_\_m

**CÓDIGO DO INQUIRIDOR** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_

**CÓDIGO DO CASO** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_ (igual ao usado na análise documental)

**FORMA DE COLHEITA DE DADOS**

Presencial, ministrado pelo investigador / Autopreenchimento / Via telefónica

1º Contato telefónico: Dia: \_\_/\_\_/2012 Hora: \_\_h \_\_m Resultado: *Respondeu, Indisponível, Ausente, Recusou*

2º Contato telefónico: Dia: \_\_/\_\_/2012 Hora: \_\_h \_\_m Resultado: *Respondeu, Indisponível, Ausente, Recusou*

3º Contato telefónico: Dia: \_\_/\_\_/2012 Hora: \_\_h \_\_m Resultado: *Respondeu, Indisponível, Ausente, Recusou*

## PARTE I – Informação Preliminar

---

### DADOS DA PESSOA DEPENDENTE

**Freguesia de residência atual** \_\_\_\_\_

**Sexo** Masculino          Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa      Não Portuguesa (qual?) \_\_\_\_\_

**Profissão**

Membros das forças armadas

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa

Especialistas das profissões intelectuais e científicas

Técnicos e profissionais de nível intermédio

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

Operários, artificies e trabalhadores similares

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Doméstico

Desempregado

Pensionista / Reformado

Estudante

Outra (qual?) \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Nenhum

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)



Ensino superior

**Em caso de curso superior, qual a área de estudos** \_\_\_\_\_

**Número total de familiares ou amigos que lhe prestam cuidados** \_\_\_\_\_

**Serviço de saúde atual prestador de cuidados**

ECCI / Medicina / Cirurgia / Urgência / Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**Número de contactos com o serviço (atual) na última semana** \_\_\_\_\_

(ex.: 1, 2, contínuo)

**Desde que integra este serviço (atual) usou outros cuidados ou profissionais de saúde**

Sim    Não

**Em caso de resposta *Sim*, qual ou quais:** \_\_\_\_\_

(ex.: consultas de um médico especialista, internamento, ...)

#### **DADOS DO PRINCIPAL MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

**Freguesia de residência atual** \_\_\_\_\_

**Sexo** Masculino          Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa    Não Portuguesa (qual?) \_\_\_\_\_

**Profissão**

Membros das forças armadas

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa

Especialistas das profissões intelectuais e científicas

Técnicos e profissionais de nível intermédio

Pessoal administrativo e similares

Pessoal dos serviços e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

Operários, artificies e trabalhadores similares

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Doméstico

Desempregado

Pensionista / Reformado

Estudante

Outra (qual?) \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Nenhum

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, qual a área de estudos** \_\_\_\_\_

**Número total de pessoas, com dependência, a cargo** \_\_\_\_\_

**Experiência anterior de tomar conta de pessoas dependentes** [não inclui o atual]

Sim Não

**Total de horas que dedica ao cuidado da pessoa dependente, por semana** \_\_\_\_\_

**Grau de parentesco ou relação com a pessoa dependente**

Filho(a)

Marido/Mulher

Pai/Mãe

Sobrinho

Vizinho/Amigo

Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**Vive na mesma casa, com a pessoa dependente**

Sim Não

**Em caso de resposta *Não*, pensa passar a viver na mesma casa**

Sim Não

**Em caso de resposta *Não*, qual a distância entre as residências (em metros)** \_\_\_\_\_

## PARTE IIa – SATENF-ECCI

[Vilela, 2012 - Versão ECCI, adaptada ao Principal Membro da Família Prestador de Cuidados]

**RESPONDENTE:** Membro da Família Prestador de Cuidados

De seguida, colocar-se-ão um conjunto de perguntas com as quais se pretende conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

Em cada resposta, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. No caso de não saber, não querer responder ou não se aplicar alguma das questões colocadas escolha a opção – **NS/NR/NA**=Não sabe/Não responde/Não se aplica.

Procure, por favor, responder a todas as questões. Se possível, responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

Centrando-se exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (11)

#### 1. Processo de admissão e integração no serviço

- |   |  |
|---|--|
| a) O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço                      |  |
| b) O acolhimento feito pelos enfermeiros  |  |
| c) A explicação dada pelos enfermeiros sobre o funcionamento e organização do serviço |  |

#### 2. Contactos com a equipa

- |   |  |
|---|--|
| a) A facilidade de estabelecer contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro) |  |
|---|--|

#### 3. Disponibilidade

- |  |  |
|--|--|
| a) A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas |  |
| b) As idas a casa para além das que estavam programadas                              |  |
| c) O tempo que o enfermeiro dedicou à prestação de cuidados                          |  |
| d) A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados            |  |
| e) A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados        |  |

#### 4. Prontidão de Resposta

- |   |  |
|---|--|
| a) A prontidão na resposta com que os enfermeiros atenderam às suas necessidades em cuidados, quando precisou                   |  |
| b) A rapidez da resposta / orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da situação de saúde do seu familiar dependente |  |

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

## II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (14)

### 1. Envolvimento e Participação da Pessoa Dependente

- |  |  |
|--|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a participação do seu familiar dependente, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a participação do seu familiar dependente, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o envolvimento do seu familiar dependente, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 2. Envolvimento e Participação da Família

- |   |  |
|---|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o seu envolvimento, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 3. Informação e apoio recebidos

- |   |  |
|---|--|
| a) As informações e as orientações recebidas sobre os cuidados prestados  |  |
| b) As informações e as orientações recebidas sobre os exames efetuados ao seu familiar (ex.: de sangue, á urina)                |  |
| c) As informações e as orientações recebidas sobre a medicação prescrita  |  |
| d) As informações e as orientações recebidas sobre a evolução da dependência do seu familiar dependente                         |  |
| e) A informação recebida sobre profissionais de saúde e recursos da comunidade úteis face à situação do seu familiar dependente |  |
| f) A informação recebida sobre como detetar alterações na condição de saúde do seu familiar dependente                          |  |
| g) A promoção de atividades de socialização e de lazer para a pessoa dependente   |  |
| h) O fornecimento de informações sobre os seus direitos   |  |
| i) O fornecimento de informações sobre os seus deveres  |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

## III – CUIDADOS (16)

### 1. Cuidados Instrumentais

- |   |  |
|---|--|
| a) Os cuidados de higiene e conforto prestados ao seu familiar dependente                       |  |
| b) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se vestir ou calçar |  |
| c) Os cuidados relativos ao arranjo pessoal do seu familiar dependente                          |  |
| d) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se alimentar        |  |

e) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para usar o sanitário (urinar, defecar e efetuar a higiene íntima)	
f) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para elevar o corpo ou partes do corpo	
g) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão	
h) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama	
i) Os cuidados centrados nas limitações do seu familiar dependente para usar a cadeira de rodas (assistir na utilização da cadeira em segurança, bem como do uso de rampas ou plataformas verticais)	
j) Os cuidados prestados face às limitações do seu familiar dependente para andar (com ou sem uso de recursos: andador, bengala, canadiana)	

## 2. Prevenção de Complicações / Gestão de sinais e sintomas

a) Os cuidados de prevenção de complicações (exemplos: ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)	
---	--

## 3. Preparação do Membro da Família Prestador de Cuidados para Tomar Conta

a) A preparação fornecida para o capacitar/ajudar a tomar conta do seu familiar dependente (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)	
---	--

## 4. Suporte Emocional

a) O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	
--	--

## 5. Promoção de Autonomia

a) A promoção da autonomia do seu familiar dependente nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)	
b) Os cuidados centrados na promoção da capacidade do seu familiar dependente tomar os medicamentos e usar equipamentos (caixa de comprimidos, aparelhos, canetas de insulina, oxigenoterapia, nebulizador, aspirador de secreções, máquinas de pesquisa de glicemia capilar, cadeira de rodas, ...)	

## 6. Apoio na organização / preparação das condições da casa

a) O apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa (quarto, mobiliário, cama, vários recursos e materiais necessários)	
---	--

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que 1 representa *Muito Insatisfeito* e 10 *Muito Satisfeito*,  
quão satisfeito(a) está com:

## IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (6)

### 1. Competência Técnica

a) O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	
---	--

### 2. Competência Relacional

a) A qualidade da relação estabelecida pelos enfermeiros	
--	--

### 3. Conduta Ética

a) O respeito, por parte dos enfermeiros, pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes	
b) O respeito, por parte dos enfermeiros, pela opinião da pessoa	

c) O respeito, por parte dos enfermeiros, pela privacidade	
--	--

#### 4. Competência Educacional

a) A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	
---	--

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, quão satisfeito(a) está com:

#### V - INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (2)

##### 1. Intensidade do acompanhamento

a) O número de vezes e a frequência das idas dos enfermeiros a sua casa	
---	--

b) O número de enfermeiros por cada contacto ou visita a sua casa	
---	--

*Quão satisfeito(a) está com:*

#### VI - ORGANIZAÇÃO (4)

##### 1. Organização dos cuidados

a) A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	
---	--

b) O nível de cooperação e coordenação entre os membros da equipa de enfermagem	
---	--

c) A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	
--	--

##### 2. Compatibilização com a vida da família

a) A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	
---	--

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

#### VII - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (4)

##### 1. Continuidade dos Cuidados e Cooperação

a) O encaminhamento efetuado, pelos enfermeiros, em situações de urgência ou emergência	
---	--

b) O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	
---	--

c) A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	
---	--

##### 2. Preparação para a alta

a) O planeamento e a preparação, que os enfermeiros lhe dão ou deram, para a alta deste serviço	
---	--

#### VIII - SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

**1. Satisfação global com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem**

---

a) Globalmente, e face às suas expetativas iniciais, quão satisfeito está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos

---

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância:

---

---

**IX – “COMPLEMENTO” (4)**

---

---

**1. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que é o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**2. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo caso do seu familiar?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**3. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta unidade a um familiar ou amigo que necessitasse?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**4. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?**

---

---

**NOTA FINAL:**

Este questionário está ainda em construção e encontra-se em fase de validação e refinamento, pelo que ainda é demasiado extenso. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva ou em excesso?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e gostaria que tivesse feito?
- 4) Tem outras considerações a fazer sobre o questionário?
- 5) No futuro, acha que será melhor responder a este inquérito presencialmente ou por telefone?

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.**

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.

## PARTE IIb - SATENF

[Vilela, 2012 - Versão ECCI, adaptada à Pessoa com Dependência]

**RESPONDENTE:** Pessoa Dependente

De seguida, colocar-se-ão um conjunto de perguntas com as quais se pretende conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

Em cada resposta, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. No caso de não saber, não querer responder ou não se aplicar alguma das questões colocadas escolha a opção – **NS/NR/NA**=Não sabe/Não responde/Não se aplica.

Procure, por favor, responder a todas as questões. Se possível, responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

Centrando-se exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (11)

#### 1. Processo de admissão e integração no serviço

- |   |  |
|---|--|
| a) O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço                      |  |
| b) O acolhimento feito pelos enfermeiros  |  |
| c) A explicação dada pelos enfermeiros sobre o funcionamento e organização do serviço |  |

#### 2. Contactos com a equipa

- |   |  |
|---|--|
| a) A facilidade de estabelecer contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro) |  |
|---|--|

#### 3. Disponibilidade

- |  |  |
|--|--|
| a) A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas |  |
| b) As idas a casa para além das que estavam programadas                              |  |
| c) O tempo que o enfermeiro dedicou à prestação de cuidados                          |  |
| d) A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados            |  |
| e) A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados        |  |

#### 4. Prontidão de Resposta

- |   |  |
|---|--|
| a) A prontidão na resposta com que os enfermeiros atenderam às suas necessidades em cuidados, quando precisou |  |
| b) A rapidez da resposta / orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da sua situação de saúde      |  |



Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

## II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (14)

---

### 1. Envolvimento e Participação da Pessoa Dependente

- |   |  |
|---|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a sua participação, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o seu envolvimento, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 2. Envolvimento e Participação da Família

- |   |  |
|---|--|
| a) A forma como o enfermeiro promoveu a participação da sua família / cuidador, no planeamento dos cuidados                       |  |
| b) A forma como o enfermeiro promoveu a participação da sua família / cuidador, na prestação dos cuidados                         |  |
| c) As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o envolvimento da sua família / cuidador, nas decisões sobre os cuidados |  |

### 3. Informação e apoio recebidos

- |  |  |
|--|--|
| a) As informações e as orientações recebidas sobre os cuidados prestados                                 |  |
| b) As informações e as orientações recebidas sobre os exames que realizou (ex.: de sangue, á urina)      |  |
| c) As informações e as orientações recebidas sobre a medicação prescrita                                 |  |
| d) As informações e as orientações recebidas sobre a evolução da sua situação de saúde                   |  |
| e) A informação recebida sobre profissionais de saúde e recursos da comunidade úteis face à sua situação |  |
| f) A informação recebida sobre como detetar alterações na sua condição de saúde                          |  |
| g) A promoção de atividades de socialização e de lazer   |  |
| h) O fornecimento de informações sobre os seus direitos  |  |
| i) O fornecimento de informações sobre os seus deveres   |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

## III – CUIDADOS (16)

---

### 1. Cuidados Instrumentais

- |   |  |
|---|--|
| a) Os cuidados de higiene e conforto que lhe foram prestados              |  |
| b) Os cuidados prestados face às suas limitações para se vestir ou calçar |  |
| c) Os cuidados relativos ao seu arranjo pessoal                           |  |
| d) Os cuidados prestados face às suas limitações para se alimentar        |  |

e) Os cuidados prestados face às suas limitações para usar o sanitário (urinar, defecar e efetuar a higiene íntima)	
f) Os cuidados prestados face às suas limitações para elevar o corpo ou partes do seu corpo	
g) Os cuidados prestados face às suas limitações para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão	
h) Os cuidados prestados face às suas limitações para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama	
i) Os cuidados centrados nas suas limitações para usar a cadeira de rodas (assistir na utilização da cadeira em segurança, bem como do uso de rampas ou plataformas verticais)	
j) Os cuidados prestados face às suas limitações para andar (com ou sem uso de recursos: andador, bengala, canidiana)	

## 2. Prevenção de Complicações / Gestão de sinais e sintomas

a) Os cuidados de prevenção de complicações (exemplos: ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)	
---	--

## 3. Preparação do Membro da Família Prestador de Cuidados para Tomar Conta

a) A preparação fornecida ao seu familiar, prestador de cuidados, para o capacitar/ajudar a cuidar de si (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)	
---	--

## 4. Suporte Emocional

a) O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	
--	--

## 5. Promoção de Autonomia

a) A promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)	
b) Os cuidados centrados na promoção da sua capacidade para tomar os medicamentos e usar equipamentos (caixa de comprimidos, aparelhos, canetas de insulina, oxigenoterapia, nebulizador, aspirador de secreções, máquinas de pesquisa de glicemia capilar, cadeira de rodas, ...)	

## 6. Apoio na organização / preparação das condições da casa

a) O apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa (quarto, mobiliário, cama, vários recursos e materiais necessários)	
---	--

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*,  
quão satisfeito(a) está com:

## IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (6)

### 1. Competência Técnica

a) O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	
---	--

### 2. Competência Relacional

a) A qualidade da relação estabelecida pelos enfermeiros	
--	--

### 3. Conduta Ética

a) O respeito, por parte dos enfermeiros, pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes	
b) O respeito, por parte dos enfermeiros, pela opinião da pessoa	

c) O respeito, por parte dos enfermeiros, pela privacidade	
--	--

#### 4. Competência Educacional

a) A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	
---	--

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, quão satisfeito(a) está com:

#### V - INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (2)

##### 1. Intensidade do acompanhamento

a) O número de vezes e a frequência das idas dos enfermeiros a sua casa	
---	--

b) O número de enfermeiros por cada contacto ou visita a sua casa	
---	--

*Quão satisfeito(a) está com:*

#### VI - ORGANIZAÇÃO (4)

##### 1. Organização dos cuidados

a) A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	
---	--

b) O nível de cooperação e coordenação entre os membros da equipa de enfermagem	
---	--

c) A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	
--	--

##### 2. Compatibilização com a vida da família

a) A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	
---	--

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

#### VII - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (4)

##### 1. Continuidade dos Cuidados e Cooperação

a) O encaminhamento efetuado, pelos enfermeiros, em situações de urgência ou emergência	
---	--

b) O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	
---	--

c) A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	
---	--

##### 2. Preparação para a alta

a) O planeamento e a preparação, que os enfermeiros lhe dão ou deram, para a alta deste serviço	
---	--

#### VIII - SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

**1. Satisfação global com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem**

---

a) Globalmente, e face às suas expetativas iniciais, quão satisfeito está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos

---

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância:

---

---

**IX – “COMPLEMENTO” (4)**

---

---

**1. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que é o principal responsável pelos cuidados que lhe são prestados?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**2. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo seu caso?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**3. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta unidade a um familiar ou amigo que necessitasse?**

---

Sim - Não - NA / NR / NS

---

---

**4. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?**

---

---

---

**NOTA FINAL:**

Este questionário está ainda em construção e encontra-se em fase de validação e refinamento, pelo que ainda é demasiado extenso. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva ou em excesso?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e gostaria que tivesse feito?
- 4) Tem outras considerações a fazer sobre o questionário?
- 5) No futuro, acha que será melhor responder a este inquérito presencialmente ou por telefone?

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.**

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.

**TEXTO DE INTRODUÇÃO ÀS CHAMADAS TELEFÓNICAS**

---

*Bom dia / Boa tarde,*

*Estou a ligar da Unidade de Cuidados Continuados de (...)*

*Estou a falar com familiar de (...) ? / ou com o próprio(a)?*

*Fala o Enfermeiro Carlos Vilela.*

*Estou-lhe a ligar para saber como se encontra (...) /depois dos cuidados / depois da morte do seu familiar / como está a encarar a situação (...)*

*e para lhe colocar algumas questões sobre a sua satisfação com a equipa de enfermagem que foi a sua casa prestar cuidados a (...) durante o mês / meses de x a y.*

*Tem agora disponibilidade?*

*Não me conhece, pois eu não faço parte da equipa! Este inquérito faz parte de um estudo de investigação que estou a realizar na ULSM.*

***É o familiar que esteve mais diretamente ligada ao processo de dependência de (...) /acompanhou e esteve por dentro dos cuidados prestados pela ECCI ? (principal MFPC, mas que cumpra os critérios – e que consiga responder!)***

*Está interessada(o) em responder?*

***O seu familiar dependente, também é capaz de responder?***

***Questões de caracterização:*** por vezes colocava estas questões apenas no fim dependendo de como decorre-se o início da conversa – pois tinha pessoas que iam diretas ao assunto.

*Passando á segunda parte do questionário, vou-lhe colocar um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.*

*No caso de **não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **diga-me e deixamos em branco**.*

*Eu sei que é difícil, ma pedia-lhe para responder em números, entre o **1 e o 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. **Lembro que a partir do número 6 (inclusive) já é positivo!***

*Pedia a sua **opinião sincera**, pois é **completamente anónima**, pois sei que nem tudo está perfeito e existem áreas que podemos sempre melhorar!*

***Vamos então começar?***

***Qual a sua satisfação com (...)***

---



**FORMULÁRIO SATENF-ECCI** [Versão1]

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS  
NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**CÓDIGO DO CASO** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_ (igual ao usado na análise documental)

**ECCI QUE PRESTOU O CUIDADO** \_\_\_\_\_

**CONTACTOS EFETUADOS**

1º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

2º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

3º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

**Questionar sobre a forma como prefere responder ao formulário?**

*Via telefónica, Presencial, Autopreenchimento*

**DATA DA COLHEITA DE DADOS:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADA NO INQUÉRITO**

Com este inquérito pretende-se conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**, a si ou a um seu **familiar**. As respostas obtidas, de um número significativo de pessoas, permitirão o desenvolvimento de estratégias para melhorar o serviço prestado aos futuros utentes.

Na primeira parte deste questionário, fazem-se algumas questões relativas a si próprio(a). No entanto, estas questões não visam identificá-lo(a), mas apenas recolher elementos que facilitem a análise dos dados. A segunda parte de perguntas é relativa à sua satisfação com um conjunto de áreas centradas nos cuidados de enfermagem.

**Não há respostas certas ou erradas.** Pretende-se apenas a sua opinião sincera. **As suas respostas são inteiramente confidenciais.**

## PARTE I – Informação Preliminar

---

### DADOS SOBRE A PESSOA DEPENDENTE

**Sexo** Masculino          Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil** [antes da alta do serviço]

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa      Não Portuguesa

**Profissão** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever, sem 1.º ciclo completo

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, é na área de saúde?**          Sim          Não

**Quantas pessoas prestaram cuidados à pessoa dependente, no período em que integrou a EC-CI** (inclui familiares, amigos e prestadores de cuidados formais – exceto os profissionais da ECCI) \_\_\_\_\_



**DADOS DO PRINCIPAL MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

**Sexo** Masculino      Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil** [antes da alta do serviço]

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade** Portuguesa    Não Portuguesa

**Profissão** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever, sem 1º ciclo completo

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, é na área de saúde?**      Sim      Não

**Grau de parentesco ou relação com a pessoa dependente**

Filho(a)

Marido/Mulher

Pai/Mãe

Sobrinho(a)    Vizinho(a)/Amigo(a)    Genro/Nora    Neto(a)      Irmã(o)      Família de Aco-  
lhimento particular

Outro (qual?) \_\_\_\_\_

***Reportando-se ao período em que integrou a ECCI***

**Número total de pessoas com dependência a seu cargo** \_\_\_\_\_

**Tinha experiência anterior de tomar conta de pessoas dependentes** [não inclui a situação atual, nem a experiência profissional que tenha]    Sim    Não

**Total de horas, por dia, que dedicava ao cuidado do seu familiar** \_\_\_\_ (1 a 24horas/contínuo)

**Vivia na mesma casa, com a pessoa dependente, antes do período de agudização da sua dependência**    Sim    Não

**Em caso de resposta *Não*, passou a viver na mesma casa**      Sim    Não

**Em caso de resposta *Não*, qual a distância entre as residências (em metros)** \_\_\_\_\_

## PARTE IIa – SATENF-ECCI

[Vilela, 2012 – Versão1, adaptada ao Principal Membro da Família Prestador de Cuidados]

**RESPONDENTE:** Membro da Família Prestador de Cuidados

Passando á segunda parte do questionário, serão colocadas um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

No caso de **não saber, não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **deixe a sua resposta em branco**.

Dando início às perguntas, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva.

Quão satisfeito(a) está com:

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (11)

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço</li><li>2. O acolhimento feito pelos enfermeiros</li><li>3. A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço</li><li>4. A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro)</li><li>5. A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas</li><li>6. As idas a casa para além das que estavam programadas</li><li>7. O tempo que dedicaram à prestação de cuidados</li><li>8. A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados</li><li>9. A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados</li><li>10. A prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar</li><li>11. A rapidez da resposta ou de orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da situação de saúde do seu familiar dependente</li></ol> |  |
|---|--|

Sobre os **Enfermeiros e os Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (15)

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>12. A forma como foi promovida a participação do seu familiar dependente, no planeamento dos cuidados</li><li>13. A forma como foi promovida a participação do seu familiar dependente, nos cuidados que lhe foram prestados</li></ol> |  |
|--|--|

14. As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o envolvimento do seu familiar dependente, **nas decisões sobre os cuidados**
15. **A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação, no planeamento dos cuidados**
16. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação, **na prestação dos cuidados**
17. As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o seu envolvimento, **nas decisões sobre os cuidados a prestar**
18. **As orientações dadas sobre os cuidados prestados**
19. As orientações dadas **sobre os exames efetuados ao seu familiar dependente** (de sangue, de urina)
20. As orientações dadas **sobre a medicação**
21. As orientações dadas **sobre a evolução da condição de saúde do seu familiar**
22. **A informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à situação do seu familiar**
23. **A informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento na condição de saúde do seu familiar**
24. **A promoção de atividades de socialização e de lazer para o seu familiar**
25. **O fornecimento de informações sobre os seus direitos**
26. O fornecimento de informações **sobre os seus deveres**

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva. Quão satisfeito(a) está com:

### III – CUIDADOS (16)

27. **Os cuidados prestados, ao seu familiar dependente, de higiene corporal e conforto**
28. Os cuidados prestados, ao seu familiar dependente, **para o vestir ou calçar**
29. Os cuidados **relativos ao arranjo pessoal** (unhas, cabelo) do seu familiar
30. Os cuidados prestados, ao seu familiar dependente, **para se alimentar**
31. Os cuidados prestados, ao seu familiar, **para usar o sanitário** (urinar, defecar, usar a fralda e efetuar a higiene íntima)
32. Os cuidados prestados, ao seu familiar dependente, **para elevar o corpo ou partes do corpo**
33. Os cuidados prestados, ao seu familiar, **para o virar na cama, na cadeira ou no cadeirão**
34. Os cuidados prestados, ao seu familiar, **para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama**
35. Os cuidados centrados nas limitações, do seu familiar, **para usar a cadeira de rodas** (assistir na utilização da cadeira em segurança, bem como do uso de rampas ou plataformas verticais)
36. Os cuidados centrados nas limitações, do seu familiar, **para andar** (com ou sem uso de recursos: andador, bengala, canadiana)
37. **Os cuidados de prevenção de complicações** (ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)

- |   |  |
|---|--|
| 38. A preparação fornecida para o ajudar, a si, a tomar conta do seu familiar dependente (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)   |  |
| 39. O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros   |  |
| 40. A promoção da autonomia do seu familiar dependente nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)   |  |
| 41. Os cuidados centrados na promoção da capacidade do seu familiar dependente tomar os medicamentos e usar equipamentos (caixa de comprimidos, aparelhos, canetas de insulina, oxigenoterapia, nebulizador, aspirador de secreções, máquinas de pesquisa de glicemia capilar, ...) |  |
| 42. O apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa (quarto, WC, mobiliário, cama, vários recursos e materiais necessários)  |  |

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que 1 representa *Muito Insatisfeito* e 10 *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

#### IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (6)

- |  |  |
|--|--|
| 43. O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados                   |  |
| 44. A qualidade da relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros |  |
| 45. O respeito pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes             |  |
| 46. O respeito pela opinião da pessoa                                  |  |
| 47. O respeito pela privacidade  |  |
| 48. A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações         |  |

#### V - INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (2)

- |   |  |
|---|--|
| 49. O número de idas dos enfermeiros a sua casa               |  |
| 50. O número de enfermeiros que iam em cada visita a sua casa |  |

*Quão satisfeito(a) está com:*

#### VI - ORGANIZAÇÃO (4)

- |  |  |
|--|--|
| 51. A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados                               |  |
| 52. O nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros                               |  |
| 53. A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem                            |  |
| 54. A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as suas disponibilidades |  |

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que 1 representa *Muito Insatisfeito* e 10 *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

## VII - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (4)

---

- |   |  |
|---|--|
| 55. O encaminhamento efetuado em situações de urgência  |  |
| 56. O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde  |  |
| 57. A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio (Lares, Centros de Dia, Associações) |  |
| 58. A forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço e por parte dos enfermeiros  |  |
- 

---

## VIII - SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

- |   |  |
|---|--|
| 59. Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos |  |
|---|--|
- 

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância – *Sim* ou *Não*:

---

## IX – CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS (4)

---

- |   |
|---|
| 60. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar? |
|---|

Sim - Não - NA / NR / NS

- |   |
|---|
| 61. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo caso do seu familiar? |
|---|

Sim - Não - NA / NR / NS

- |  |
|--|
| 62. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse? |
|--|

Sim - Não - NA / NR / NS

- |  |
|--|
| 63. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total? |
|--|
- 

---

### NOTA FINAL:

Este questionário encontra-se ainda em fase de validação e refinamento. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva, em excesso ou que lhe provocasse algum desconforto?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e que gostaria que tivesse sido feita?
- 4) No futuro, como considera que seria melhor responder a este inquérito?
  - 4.1) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, presencialmente
  - 4.2) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, por telefone
  - 4.3) Ser-lhe entregue o questionário em papel e responder sozinho(a), por escrito
  - 4.4) Ser-lhe enviado o questionário por e-mail e responder sozinho(a), de forma eletrónica
  - 4.5) Indiferente

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.** Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.

## PARTE IIb – SATENF-ECCI

[Vilela, 2012 – Versão1, adaptada à Pessoa com Dependência]

**RESPONDENTE:** Pessoa Dependente

Passando á segunda parte do questionário, serão colocadas um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

No caso de **não saber, não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **deixe a sua resposta em branco**.

Dando início às perguntas, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva.

Quão satisfeito(a) está com:

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (11)

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço</li><li>2. O acolhimento feito pelos enfermeiros</li><li>3. A explicação dada sobre o funcionamento e a organização do serviço</li><li>4. A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa, a qualquer momento (telefone ou outro)</li><li>5. A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas</li><li>6. As idas a casa para além das que estavam programadas</li><li>7. O tempo que dedicaram à prestação de cuidados</li><li>8. A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados</li><li>9. A possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que prestou os cuidados</li><li>10. A prontidão na resposta para atender às suas necessidades em cuidados</li><li>11. A rapidez da resposta ou de orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da sua situação de saúde</li></ol> |  |
|--|--|

Sobre os **Enfermeiros e os Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (15)

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>12. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação, no planeamento dos cuidados</li></ol> |  |
|--|--|

13. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação, **nos cuidados que lhe foram prestados**
14. As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o seu envolvimento, **nas decisões sobre os cuidados**
15. **A forma como foi promovida a participação da sua família / cuidador, no planeamento dos cuidados**
16. A forma como foi promovida a participação da sua família / cuidador, **na prestação dos cuidados**
17. As estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o envolvimento da sua família / cuidador, **nas decisões sobre os cuidados a prestar**
18. **As orientações dadas sobre os cuidados prestados**
19. As orientações recebidas **sobre os exames que realizou** (de sangue, de urina)
20. As orientações recebidas **sobre a medicação que toma**
21. As orientações recebidas **sobre a evolução da sua condição de saúde**
22. **A informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis**, face à sua situação
23. **A informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento da sua condição de saúde**
24. **A promoção de atividades de socialização e de lazer**
25. **O fornecimento de informações sobre os seus direitos**
26. O fornecimento de informações **sobre os seus deveres**

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva. Quão satisfeito(a) está com:

### III – CUIDADOS (16)

27. **Os cuidados, que lhe foram prestados, de higiene corporal e conforto**
28. Os cuidados prestados **para o vestir ou calçar**
29. Os cuidados **relativos ao seu arranjo pessoal** (unhas e cabelo)
30. Os cuidados prestados **para se alimentar**
31. Os cuidados prestados **para usar o sanitário** (urinar, defecar, usar a fralda e efetuar a higiene íntima)
32. Os cuidados prestados **para elevar o corpo ou partes do seu corpo**
33. Os cuidados prestados **para se virar na cama, na cadeira ou no cadeirão**
34. Os cuidados prestados **para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama**
35. Os cuidados centrados nas suas limitações **para usar a cadeira de rodas** (assistir na utilização da cadeira em segurança, bem como do uso de rampas ou plataformas verticais)
36. Os cuidados centrados nas suas limitações **para andar** (com ou sem uso de recursos: andarilho, bengala, canadiana)

- |   |
|---|
| <p>37. <b>Os cuidados de prevenção de complicações</b> (ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)</p> <p>38. <b>A preparação fornecida ao seu familiar, prestador de cuidados, para o ajudar a cuidar de si</b> (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)</p> <p>39. <b>O apoio emocional fornecido</b> pelos enfermeiros</p> <p>40. <b>A promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária</b> (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)</p> <p>41. Os cuidados centrados <b>na promoção da sua capacidade para tomar os medicamentos e usar equipamentos</b> (caixa de comprimidos, aparelhos, canetas de insulina, oxigenoterapia, nebulizador, aspirador de secreções, máquinas de pesquisa de glicemia capilar, ...)</p> <p>42. <b>O apoio dado á família na preparação das condições físicas da casa</b> (quarto, WC, mobiliário, cama, vários recursos e materiais necessários)</p> |
|---|

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*,  
quão satisfeito(a) está com:

---

#### IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (6)

---

- |   |
|---|
| <p>43. <b>O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados</b></p> <p>44. <b>A qualidade da relação interpessoal</b> estabelecida pelos enfermeiros</p> <p>45. <b>O respeito pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes</b></p> <p>46. <b>O respeito pela opinião da pessoa</b></p> <p>47. <b>O respeito pela privacidade</b></p> <p>48. <b>A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações</b></p> |
|---|

---

#### V - INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (2)

---

- |   |
|---|
| <p>49. <b>O número de idas dos enfermeiros a sua casa</b></p> <p>50. <b>O número de enfermeiros que iam em cada visita</b> a sua casa</p> |
|---|

*Quão satisfeito(a) está com:*

---

#### VI - ORGANIZAÇÃO (4)

---

- |  |
|--|
| <p>51. <b>A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados</b></p> <p>52. <b>O nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros</b></p> <p>53. <b>A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem</b></p> <p>54. <b>A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da sua família</b></p> |
|--|



Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

#### VII - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (4)

---

- |  |  |
|--|--|
| <b>55. O encaminhamento efetuado em situações de urgência</b>  |  |
| <b>56. O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde</b>  |  |
| <b>57. A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio (Lares, Centros de Dia, Associações)</b> |  |
| <b>58. A forma como foi preparada a sua alta, deste serviço e por parte dos enfermeiros</b>  |  |
- 

---

#### VIII - SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

- |   |  |
|---|--|
| <b>59. Globalmente, e face às suas expetativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos</b> |  |
|---|--|
- 

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância – *Sim* ou *Não*:

---

#### IX – CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS (4)

---

- |  |
|--|
| <b>60. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados que lhe são prestados?</b> |
|--|
- 

Sim - Não - NA / NR / NS

- |  |
|--|
| <b>61. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo seu caso?</b> |
|--|
- 

Sim - Não - NA / NR / NS

- |   |
|---|
| <b>62. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?</b> |
|---|
- 

Sim - Não - NA / NR / NS

- |   |
|---|
| <b>63. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?</b> |
|---|
- 

#### NOTA FINAL:

Este questionário encontra-se ainda em fase de validação e refinamento. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva, em excesso ou que lhe provocasse algum desconforto?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e que gostaria que tivesse sido feita?
- 4) No futuro, como considera que seria melhor responder a este inquérito?
  - 4.1) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, presencialmente
  - 4.2) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, por telefone
  - 4.3) Ser-lhe entregue o questionário em papel e responder sozinho(a), por escrito
  - 4.4) Ser-lhe enviado o questionário por e-mail e responder sozinho(a), de forma eletrónica
  - 4.5) Indiferente

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.**

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.

## ANEXO 14 – Quadros e tabelas referentes ao estudo da fiabilidade e validade do SATENF-ECCI adaptado à pessoa dependente

### Estudo da fiabilidade e validade da Subescala D I – Acesso aos Cuidados de Enfermagem

Estatística descritiva relativa aos itens da subescala D I: total, média, desvio padrão, mínimo e máximo

Subescala D I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(D1) Procedimento e tempo de espera para a admissão no serviço	27	9,22	1,121	6	10
(D2) Acolhimento feito pelos enfermeiros	27	8,96	1,344	6	10
(D3) Explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	27	8,89	1,553	4	10
(D4) Facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa, a qualquer momento (telefone ou outro)	27	8,74	1,789	4	10
(D5) Disponibilidade para atender aos seus pedidos e dúvidas	27	9,07	1,492	4	10
<b>(D6) Idas a casa para além das que estavam programadas</b>	<b>11</b>	<b>8,82</b>	<b>2,750</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
(D7) Tempo dedicado à prestação de cuidados	27	8,67	1,981	1	10
(D8) Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	27	8,89	2,136	1	10
<b>(D9) Possibilidade de escolher o enfermeiro da equipa que lhe prestou os cuidados</b>	<b>2</b>	<b>10,00</b>	<b>0,000</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
(D10) Prontidão na resposta para atender às suas necessidades	27	9,11	1,423	4	10
<b>(D11) Rapidez da resposta ou de orientação face aos problemas súbitos ou agravamento da sua situação de saúde</b>	<b>12</b>	<b>9,17</b>	<b>1,030</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

Distribuição das correlações entre os itens da subescala D I e entre os itens com o total da subescala e com o item D59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

	(D1)	(D2)	(D3)	(D4)	(D5)	(D6)	(D7)	(D8)	(D9)	(D10)	(D11)	D I
(D1)	r	,695**										
	p	,000										
	N	27										
(D2)	r	,656**	,975**									
	p	,000	,000									
	N	27	27									
(D3)	r	,759**	,892**	,903**								
	p	,000	,000	,000								
	N	27	27	27								
(D4)	r	,611**	,884**	,934**	,930**							
	p	,001	,000	,000	,000							
	N	27	27	27	27							
(D5)	r	,658**	,834**	,924**	,970**	,986**						
	p	,028	,001	,000	,000	,000						
	N	11	11	11	11	11						
(D6)	r	,502**	,833**	,913**	,854**	,959**	,976**					
	p	,008	,000	,000	,000	,000	,000					
	N	27	27	27	27	27	27					
(D7)	r	,380	,762**	,843**	,767**	,884**	,986**	,909**				
	p	,050	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
	N	27	27	27	27	11	27	27				
(D8)	r	,521	,544	,544	,722**	,798**	,777*	,592*	,729**			
	p	,082	,068	,068	,008	,002	,014	,043	,007			
	N	12	12	12	12	12	9	12	12			
(D9)	r	,664**	,919**	,966**	,945**	,986**	,989**	,958**	,900**	,981**	,795**	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	
	N	27	27	27	27	27	11	27	27	2	12	
(D10)	r	,401*	,776**	,882**	,800**	,918**	,981**	,939**	,928**	,919**	,814**	,924**
	p	,038	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	27	27	27	27	11	27	27	2	27	12	27
(D59)	r	,401*	,776**	,882**	,800**	,918**	,981**	,939**	,928**	,919**	,814**	,924**
	p	,038	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	27	27	27	27	11	27	27	2	27	12	27

Solução fatorial da subescala D I: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(D1) Procedimento e tempo de espera para a admissão no serviço	0,696
(D2) Acolhimento feito pelos enfermeiros	0,939
(D3) Explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	0,974
(D4) Facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa, a qualquer momento (telefone ou outro)	0,953
(D5) Disponibilidade para atender aos seus pedidos e dúvidas	0,982
(D7) Tempo dedicado à prestação de cuidados	0,948
(D8) Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	0,879
(D10) Prontidão na resposta para atender às suas necessidades	0,976
Eigenvalues = 6,81    Variância total = 85,14% $\alpha$ Cronbach global = 0,969	
Método de extração: Principal Component Analysis. Método de rotação: Varimax with Kaiser Normalization; carga fatorial superior a 0,40	

Análise da consistência interna dos itens da subescala D I: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística da Subescala D I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	Média	Variância	DP	N
	71,56	141,026	11,875	8
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(D1) Procedimento e tempo de espera para a admissão no serviço	62,33	124,231	0,622	0,977
(D2) Acolhimento feito pelos enfermeiros	62,59	113,097	0,914	0,964
(D3) Explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	62,67	107,615	0,962	0,961
(D4) Facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa, a qualquer momento (telefone ou outro)	62,81	103,926	0,930	0,962
(D5) Disponibilidade para atender aos seus pedidos e dúvidas	62,48	108,413	0,978	0,960
(D7) Tempo dedicado à prestação de cuidados	62,89	100,026	0,936	0,963
(D8) Disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	62,67	100,231	0,847	0,971
(D10) Prontidão na resposta para atender às suas necessidades	62,44	110,026	0,970	0,961
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,969</b>			

## Estudo da fiabilidade e validade da Subescala D II – Envolvimento e Participação dos Clientes

Estatística descritiva relativa aos itens da subescala D II: total, média, desvio padrão, mínimo e máximo

Subescala D II - Envolvimento e Participação dos Clientes	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(D12) Forma como foi promovida a sua participação, no planeamento dos cuidados	27	8,93	1,880	1	10
(D13) Forma como foi promovida a sua participação, nos próprios cuidados que lhe foram prestados	27	8,93	1,880	1	10
(D14) Forma como foi promovida a sua participação, nas decisões sobre os cuidados que lhe foram prestados	27	8,93	1,880	1	10
(D15) Promoção da participação da sua família ou familiar cuidador, no planeamento dos cuidados	25	8,00	1,936	2	10
(D16) Promoção da participação da sua família ou familiar cuidado, nos cuidados	25	8,00	1,936	2	10
(D17) Promoção da participação da sua família ou familiar cuidado, nas decisões sobre os cuidados	25	8,00	1,936	2	10
(D18) Orientações dadas sobre os cuidados prestados	27	8,93	1,817	2	10
<b>(D19) Orientações dadas sobre os exames que realizou (de sangue, de urina)</b>	<b>6</b>	<b>8,33</b>	<b>1,506</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
(D20) Orientações dadas sobre a medicação que toma	23	8,52	2,213	1	10
(D21) Orientações dadas sobre a evolução da sua condição de saúde	27	8,85	1,955	1	10
(D22) Informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à sua situação	20	7,75	2,359	1	10
(D23) Informação recebida sobre como detetar agravamento da sua condição de saúde	27	8,44	2,044	1	10
<b>(D24) Promoção de atividades de socialização e de lazer</b>	<b>2</b>	<b>7,50</b>	<b>0,707</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
(D25) Fornecimento de informações sobre os seus direitos	27	7,89	2,501	1	10
(D26) Fornecimento de informações sobre os seus deveres	27	7,89	2,501	1	10

Análise da consistência interna dos itens da subescala D II: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística da Subescala D II - Envolvimento e Participação dos Clientes	Média	Variância	DP	N
	64,50	303,912	17,433	8
Estatística total dos itens	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(D_P) Forma como foi promovida a sua participação	55,94	235,820	0,948	0,978
(D_PC) Promoção da participação da sua família ou cuidador	57,00	250,353	0,767	0,987
(D18) Orientações dadas sobre os cuidados prestados	55,89	237,634	0,976	0,977
(D20) Orientações dadas sobre a medicação que toma	56,28	227,977	0,961	0,977
(D21) Orientações dadas sobre a evolução da sua condição de saúde	55,94	232,056	0,972	0,977
(D22) Informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à sua situação	56,83	228,382	0,950	0,978
(D23) Informação recebida sobre como detetar agravamento da sua condição de saúde	56,44	233,203	0,937	0,979
(D_IDD) Fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres	57,17	220,853	0,918	0,981
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,982</b>			

Distribuição das correlações entre os itens da subescala D II e entre os itens com o total da subescala e com o item D59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

		(D12)	(D13)	(D14)	(D15)	(D16)	(D17)	(D18)	(D19)	(D20)	(D21)	(D22)	(D23)	(D24)	(D25)	(D26)	D II
(D13)	r	1,000	1														
	p	0,000															
	N	27	27														
(D14)	r	1,000	1,000	1													
	p	0,000	0,000														
	N	27	27	27													
(D15)	r	,769	,769	,769	1												
	p	,000	,000	,000													
	N	25	25	25	25												
(D16)	r	,769	,769	,769	1,000	1											
	p	,000	,000	,000	0,000												
	N	25	25	25	25	25											
(D17)	r	,769	,769	,769	1,000	1,000	1										
	p	,000	,000	,000	0,000	0,000											
	N	25	25	25	25	25	25										
(D18)	r	,956	,956	,956	,762	,762	,762	1									
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000										
	N	27	27	27	25	25	25	27									
(D19)	r	,891	,891	,891	,585	,585	,585	,225	1								
	p	,017	,017	,017	,223	,223	,223	,668									
	N	6	6	6	6	6	6	6	6								
(D20)	r	,949	,949	,949	,734	,734	,734	,941	,856	1							
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,030									
	N	23	23	23	22	22	22	23	6	23							
(D21)	r	,960	,960	,960	,767	,767	,767	,993	,225		1						
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,668	,000								
	N	27	27	27	25	25	25	27	6	23	27						
(D22)	r	,898	,898	,898	,725	,725	,725	,921	,324	,938	,915	1					
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,676	,000	,000							
	N	20	20	20	20	20	20	4	18	20	20	20					
(D23)	r	,890	,890	,890	,715	,715	,715	,941	,217	,902	,931	,949	1				
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,680	,000	,000	,000	,000					
	N	27	27	27	25	25	25	27	6	23	27	20	27				
(D24)	r	,949	,949	,949	1,000	1,000	1,000	,941	,856	,941	,856	,941	1,000	1			
	p	,000	,000	,000													
	N	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2			
(D25)	r	,849	,849	,849	,758	,758	,758	,861	,635	,910	,846	,918	,860	1,000	1		
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,175	,000	,000	,000	,000	,000				
	N	27	27	27	25	25	25	27	6	23	27	20	27	2	27		
(D26)	r	,849	,849	,849	,758	,758	,758	,861	,635	,910	,846	,918	,860	1,000	1,000	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,175	,000	,000	,000	,000	,000		0,000		
	N	27	27	27	25	25	25	27	6	23	27	20	27	2	27	27	
D II	r	,961	,961	,961	,868	,868	,868	,958	,729	,956	,952	,951	,930	1,000	,933	,933	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,101	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	
	N	27	27	27	25	25	25	27	6	23	27	20	27	2	27	27	27
(D59)	r	,957	,957	,957	,752	,752	,752	,923	,647	,966	,941	,879	,870	,842	,842	,842	,933
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,165	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	27	27	27	25	25	25	27	6	23	27	20	27	2	27	27	27

Solução fatorial da subescala D II: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(D_P) Forma como foi promovida a sua participação	0,963
(D_PC) Promoção da participação da sua família ou cuidador	0,811
(D18) Orientações dadas sobre os cuidados prestados	0,983
(D20) Orientações dadas sobre a medicação que toma	0,970
(D21) Orientações dadas sobre a evolução da sua condição de saúde	0,981
(D22) Informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à sua situação	0,961
(D23) Informação recebida sobre como detetar agravamento da sua condição de saúde	0,954
(D_IDD) Fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres	0,936
Eigenvalues = 7,17    Variância total = 89,58%    a Cronbach global = 0,982	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	



Estatística descritiva relativa aos itens da subescala D III: total, média, desvio padrão, mínimo e máximo

Subescala D III - Cuidados de Enfermagem Prestados	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(D27) Cuidados, que lhe foram prestados, de higiene corporal e conforto	4	7,00	4,000	1	9
(D28) Cuidados para se vestir ou calçar	7	8,14	3,185	1	10
(D29) Cuidados para o seu arranjo pessoal	2	5,50	6,364	1	10
(D30) Cuidados para alimentar-se	0				
(D31) Cuidados para usar o sanitário	13	8,92	2,178	2	10
(D32) Cuidados para se levantar (elevar o corpo ou partes)	21	8,90	1,921	2	10
(D33) Cuidados para se virar sozinho na cama, na cadeira ou no cadeirão	22	8,86	1,885	2	10
(D34) Cuidados para se transferir - da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama	21	8,81	1,914	2	10
(D35) Cuidados centrados nas suas limitações para usar a cadeira de rodas	8	9,00	1,414	6	10
(D36) Cuidados centrados nas suas limitações para andar	23	8,91	1,857	2	10
(D37) Cuidados de prevenção de complicações	27	8,70	1,877	1	10
(D38) Preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si	25	7,92	1,935	2	10
(D39) Apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	27	8,48	1,929	2	10
(D40) Promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária	27	8,67	2,094	1	10
(D41) Cuidados de promoção da sua capacidade para tomar os medicamentos e usar equipamentos	9	8,56	3,005	1	10
(D42) Apoio dado à família na preparação das condições físicas da casa	24	7,92	2,125	1	10

Distribuição das correlações entre os itens da subescala D III e entre os itens com o total da subescala e com o item D59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

		(D27)	(D28)	(D29)	(D30)	(D31)	(D32)	(D33)	(D34)	(D35)	(D36)	(D37)	(D38)	(D39)	(D40)	(D41)	(D42)	D III
(D28)	r	1,000	1															
	p	0,000																
(D29)	r	3	7															
	p	1,000		1														
(D30)	r																	
	p	1	2	2														
(D31)	r	0	0	0	0													
	p	1,000	1,000	1,000		1												
(D32)	r																	
	p	,000	,000			13												
(D33)	r	3	6	2	0													
	p	1,000	,992	1,000		,992	1											
(D34)	r	0,000	,000			,000												
	p	4	7		0	13												
(D35)	r	1,000	,992	1,000		,992		1										
	p																	
(D36)	r	0,000	,000			,000	0,000											
	p	4	7	2	0	13	21											
(D37)	r	1,000	,992	1,000		,992	1,000	1										
	p																	
(D38)	r	0,000	,000			,000	0,000											
	p	4	7	2	0	13	21	22										
(D39)	r	1,000	,992	1,000		,992	1,000	1,000		1								
	p																	
(D40)	r	0,000	,000			,000	0,000	0,000										
	p	4	6	2	0	12	20	21	21									
(D41)	r					1,000	1,000	1,000	1,000	1								
	p																	
(D42)	r	1	1	0	0	0,000	0,000	0,000	0,000									
	p	1,000	,992	1,000		,992	1,000	1,000	1,000	,873		1						
(D43)	r																	
	p	0,000	,000			,000	0,000	0,000	0,000	,005								
(D44)	r	4	7	2	0	12	20	21	20	8	23							
	p	1,000	,993	1,000		,956	,970	,970	,970	,873	,951	1						
(D45)	r	0,000	,000			,000	,000	,000	,000	,005	,000							
	p	4	7	2	0	13	21	22	21	8	23	27						
(D46)	r	,986	,939	1,000		,907	,923	,920	,921	,780	,856		1					
	p																	
(D47)	r	,014	,002			,000	,000	,000	,000	,022	,000							
	p	4	7	2	0	12	19	20	19	8	21	25						
(D48)	r	,965	,881	1,000		,891	,908	,909	,908	,818	,910			1				
	p																	
(D49)	r	,035	,009			,000	,000	,000	,000	,013	,000	,000						
	p	4	7	2	0	13	21	22	21	8	23	27						
(D50)	r	,993	,977	1,000		,959	,951	,951	,950	,891	,952							
	p																	
(D51)	r	,007	,000			,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000						
	p	4	7	2	0	13	21	22	21	8	23	27						
(D52)	r	1,000	1,000			,996	,996	,996	,996		1,000	,961						
	p																	
(D53)	r	2	2	1	0	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,014		,000	,000		
	p																	
(D54)	r	,990	,955	1,000		,947	,923	,919	,918	,794	,895							
	p																	
(D55)	r	,010	,001			,000	,000	,000	,000	,033	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	p	4	7	2	0	12	19	20	19	7	20	24	23	24	24	8	24	
D III	r	,998	,989	1,000		,988	,994	,994	,994	,929	,982	,953	,873	,910	,937	,983	,938	1
	p																	
(D59)	r	,002	,000			,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	p	4	7	2	0	13	21	22	21	8	23	27	25	27	27	9	24	27
	r	,993	,993	1,000		,990	,980	,972	,972	,968	,955	,915	,740	,859	,908	,975	,873	
	p																	
	r	,007	,000			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	p	4	7	2	0	13	21	22	21	8	23	27	25	27	27	9	24	

Análise da consistência interna dos itens da subescala D III: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística da Subescala D III - Cuidados de Enfermagem Prestados		Média	Variância	DP	N
		33,56	55,673	7,461	4
Estatística total dos itens		Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(D37) Cuidados de prevenção de complicações		24,88	31,860	0,908	0,923
(D38) Preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si		25,64	33,990	0,795	0,956
(D39) Apoio emocional fornecido pelos enfermeiros		25,16	31,640	0,904	0,924
(D40) Promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária		25,00	29,917	0,903	0,925
<b>Alpha de Cronbach</b>		<b>0,949</b>			

Solução fatorial da subescala D III: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(D37) Cuidados de prevenção de complicações	0,950
(D38) Preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si	0,880
(D39) Apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	0,947
(D40) Promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária	0,948
Eigenvalues = <b>3,47</b> Variância total = <b>86,79%</b> a Cronbach global = <b>0,949</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

## Estudo da fiabilidade e validade da Subescala D IV – Competências dos Enfermeiros

Estatística descritiva relativa aos itens da subescala D IV: total, média, desvio padrão, mínimo e máximo

Subescala D IV - Competências dos Enfermeiros	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(D43) Rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	27	9,15	1,703	2	10
(D44) Qualidade da relação interpessoal estabelecida	27	9,56	0,934	6	10
(D45) Respeito pela pessoa, pelos hábitos e pelos costumes	27	9,56	0,934	6	10
(D46) Respeito pela opinião da pessoa	27	9,56	0,934	6	10
(D47) Respeito pela privacidade	27	9,56	0,934	6	10
(D48) Clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	27	9,41	1,279	4	10

Distribuição das correlações entre os itens da subescala D IV e entre os itens com o total da subescala e com o item PC59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

	(D43)	(D44)	(D45)	(D46)	(D47)	(D48)	D IV
(D44) r	,890**	1					
(D44) p	,000						
(D44) N	27	27					
(D45) r	,890**	1,000**	1				
(D45) p	,000	0,000					
(D45) N	27	27	27				
(D46) r	,890**	1,000**	1,000**	1			
(D46) p	,000	0,000	0,000				
(D46) N	27	27	27	27			
(D47) r	,890**	1,000**	1,000**	1,000**	1		
(D47) p	,000	0,000	0,000	0,000			
(D47) N	27	27	27	27	27		
(D48) r	,978**	,931**	,931**	,931**	,931**	1	
(D48) p	,000	,000	,000	,000	,000		
(D48) N	27	27	27	27	27	27	
D IV r	,958**	,983**	,983**	,983**	,983**	,980**	1
D IV p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
D IV N	27	27	27	27	27	27	27
(D59) r	,972**	,832**	,832**	,832**	,832**	,959**	,914**
(D59) p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
(D59) N	27	27	27	27	27	27	27

Análise da consistência interna dos itens da subescala D IV: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística da Subescala D IV - Competências dos Enfermeiros		Média	Variância	DP	N
		37,67	22,385	4,731	4
Estatística total dos itens		Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(D43) Rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados		28,52	9,567	0,941	0,970
(D44) Qualidade da relação interpessoal estabelecida		28,11	14,718	0,948	0,949
(D_R) O respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)		28,11	14,718	0,948	0,949
(D48) Clareza com que os enfermeiros forneceram as informações		28,26	12,046	0,981	0,922
<b>Alpha de Cronbach</b>		<b>0,959</b>			



Solução fatorial da subescala D IV: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(D43) Rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	0,962
(D44) Qualidade da relação interpessoal estabelecida	0,979
(D R) O respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)	0,979
(D48) Clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	0,983
Eigenvalues = 3,81      Variância total = 95,23%      a Cronbach global = 0,959	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

## Estudo da fiabilidade e validade da Subescala D V – Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento

Estatística descritiva relativa aos itens da subescala D V: total, média, desvio padrão, mínimo e máximo

Subescala D V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(D49) Número de idas dos enfermeiros a sua casa	27	8,78	1,867	1	10
(D50) Número de enfermeiros que iam, em cada visita, a sua casa	27	9,81	0,622	7	10
(D51) Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	27	8,93	1,730	2	10
(D52) Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	25	8,80	2,000	1	10
(D53) Pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	27	8,81	1,272	6	10
(D54) Compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	27	9,00	1,271	6	10

Distribuição das correlações entre os itens da subescala D V e entre os itens com o total da subescala e com o item D59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

		(D49)	(D50)	(D51)	(D52)	(D53)	(D54)	D V
(D50)	r	,129	1	,165	,129	,198	,097	,244
	p	,522		,410	,539	,322	,629	,220
	N	27	27	27	25	27	27	27
(D51)	r	,947**	,165	1	,966**	,570**	,612**	,949**
	p	,000	,410		,000	,002	,001	,000
	N	27	27	27	25	27	27	27
(D52)	r	,954**	,129	,966**	1	,549**	,592**	,948**
	p	,000	,539	,000		,004	,002	,000
	N	25	25	25	25	25	25	25
(D53)	r	,565**	,198	,570**	,549**	1	,928**	,776**
	p	,002	,322	,002	,004		,000	,000
	N	27	27	27	25	27	27	27
(D54)	r	,551**	,097	,612**	,592**	,928**	1	,785**
	p	,003	,629	,001	,002	,000		,000
	N	27	27	27	25	27	27	27
D V	r	,932**	,244	,949**	,948**	,776**	,785**	1
	p	,000	,220	,000	,000	,000	,000	
	N	27	27	27	25	27	27	27
(D59)	r	,887**	,197	,933**	,918**	,370	,402	,836**
	p	,000	,324	,000	,000	,058	,038	,000
	N	27	27	27	25	27	27	27

Análise da consistência interna dos itens da subescala D V: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística da Subescala D V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	Média	Variância	DP	N
Estatística total dos itens	53,76	55,773	7,468	6
	Média da escala se o item for apagado	Variância da escala se o item for apagado	r corrigido	Alpha se o item for apagado
(D49) Número de idas dos enfermeiros a sua casa	45,08	32,910	0,878	0,838
(D50) Número de enfermeiros que iam, em cada visita, a sua casa	43,96	53,957	0,148	0,924
(D51) Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	44,92	33,827	0,912	0,831
(D52) Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	44,96	31,457	0,906	0,833
(D53) Pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	45,04	42,873	0,675	0,875
(D54) Compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	44,84	42,557	0,687	0,873
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,888</b>			

Solução fatorial da subescala D V: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(D49) Número de idas dos enfermeiros a sua casa	0,915
(D50) Número de enfermeiros que iam, em cada visita, a sua casa	0,199
(D51) Forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	0,935
(D52) Nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	0,934
(D53) Pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	0,794
(D54) Compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família	0,807
Eigenvalues = <b>3,91</b> Variância total = <b>65,10</b> a Cronbach global = <b>0,888</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

## Estudo da fiabilidade e validade da Subescala D VI – Continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Estatística descritiva relativa aos itens da subescala D VI: total, média, desvio padrão, mínimo e máximo

Subescala D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	Total	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
(D55) Encaminhamento efetuado em situações de urgência	3	9,67	0,577	9	10
(D56) Nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	26	8,38	1,941	1	10
(D57) Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	16	7,63	2,391	1	10
(D58) Forma como foi preparada a sua alta, deste serviço	27	8,52	1,929	1	10

Distribuição das correlações entre os itens da subescala D VI e entre os itens com o total da subescala e com o item D59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

	(D55)	(D56)	(D57)	(D58)	D VI
(D56)	r ,500 p ,667 N 3	1			
(D57)	r ,500 p ,667 N 3	,893** ,000 16	1		
(D58)	r 1,000** p 0,000 N 3	,831** ,000 26	,907** ,000 16	1	
D VI	r ,918 p ,260 N 3	,948** ,000 26	,975** ,000 16	,952** ,000 27	1
(D59)	r 1,000** p 0,000 N 3	,836** ,000 26	,882** ,000 16	,922** ,000 27	,909** ,000 27

Análise da consistência interna dos itens da subescala D VI: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística da Subescala D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	Média	Variância	DP	N
Estatística total dos itens	37,67	6,333	2,517	4
(D55) Encaminhamento efetuado em situações de urgência	28,00	4,000	0,866	0,750
(D56) Nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	28,33	4,333	0,693	0,808
(D57) Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	28,33	4,333	0,693	0,808
(D58) Forma como foi preparada a sua alta, deste serviço	28,33	2,333	0,756	0,857
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>0,842</b>			

Solução fatorial da subescala D VI: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
FATOR ÚNICO	
(D55) Encaminhamento efetuado em situações de urgência	0,866
(D56) Nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	0,866
(D57) Ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio	0,866
(D58) Forma como foi preparada a sua alta, deste serviço	0,866
Eigenvalues = <b>3,00</b> Variância total = <b>75,00%</b> a Cronbach global = <b>0,842</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	

## Estudo da fiabilidade e validade da SATENF-ECCI – Pessoa Dependente

Estatística descritiva relativa às subescalas do SATENF-ECCI, adaptado à pessoa dependente: média, desvio padrão, mínimo e máximo

SATENF-ECCI, adaptado à pessoa dependente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Subescala D I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	8,94	1,529	4	10
Subescala D II - Envolvimento e Participação dos Clientes	8,45	1,899	1	10
Subescala D III - Cuidados de Enfermagem Prestados	8,63	1,791	2	10
<b>Subescala D IV - Competências dos Enfermeiros</b>	<b>9,46</b>	<b>1,092</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
Subescala D V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	9,04	1,228	5	10
<b>Subescala D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem</b>	<b>8,38</b>	<b>1,885</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
(D) Média da Satisfação Global	8,85	1,473	3	10
(D59) No global, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos?	9,00	1,881	1	10

Distribuição das correlações entre as subescalas e entre as subescalas com o total do SATENF-ECCI, adaptado à pessoa dependente e com o item D59: Correlação de Pearson (r) não corrigida e nível de significância (p)

		D I	D II	D III	D IV	D V	D VI	D Média
	r	,961**	1					
D II	p	,000						
	N	27	27					
	r	,921**	,972**	1				
D III	p	,000	,000					
	N	27	27	27				
	r	,884**	,896**	,893**	1			
D IV	p	,000	,000	,000				
	N	27	27	27	27			
	r	,905**	,895**	,852**	,923**	1		
D V	p	,000	,000	,000	,000			
	N	27	27	27	27	27		
	r	,923**	,940**	,922**	,886**	,883**	1	
D VI	p	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	27	27	27	27	27	27	
	r	,973**	,980**	,952**	,943**	,948**	,968**	1
D Média	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	27	27	27	27	27	27	27
	r	,924**	,933**	,944**	,914**	,836**	,909**	,940**
(D59)	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	27	27	27	27	27	27	27

Análise da consistência interna das subescalas do SATENF-ECCI, adaptado à pessoa dependente: média, variância, desvio padrão, número de itens, correlação corrigida e *alpha de Cronbach*

Estatística do SATENF-ECCI, adaptado à pessoa dependente	Média	Variância	DP	N
	52,89	82,598	9,088	6
Estatística total das subescalas	<b>Média da escala se o item for apagado</b>	<b>Variância da escala se o item for apagado</b>	<b>r corrigido</b>	<b>Alpha se o item for apagado</b>
Subescala D I - Acesso aos Cuidados de Enfermagem	43,96	57,972	0,958	0,968
Subescala D II - Envolvimento e Participação dos Clientes	44,45	52,187	0,977	0,967
Subescala D III - Cuidados de Enfermagem Prestados	44,26	54,264	0,952	0,969
Subescala D IV - Competências dos Enfermeiros	43,43	65,119	0,924	0,977
Subescala D V - Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento	43,86	63,213	0,916	0,975
Subescala D VI - Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	44,52	53,041	0,947	0,971
<b>Alpha de Cronbach Global</b>	<b>0,976</b>			

Solução fatorial do SATENF-ECCI, adaptado à pessoa dependente: *eigenvalues*, variância explicada, *alpha de Cronbach* e valor de saturação, após AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguido de rotação Varimax

ITENS	Saturação
<b>FATOR ÚNICO</b>	
D Acesso aos cuidados de enfermagem	0,969
D Envolvimento e participação dos clientes	0,982
D Cuidados prestados	0,964
D Competências dos enfermeiros	0,949
D Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento	0,945
D Continuidade dos cuidados	0,962
Eigenvalues = <b>5,55</b> Variância total = <b>92,55%</b> a Cronbach global = <b>0,954</b>	
Método de extração: <i>Principal Component Analysis</i> . Método de rotação: <i>Varimax with Kaiser Normalization</i> ; carga fatorial superior a 0,40	



**FORMULÁRIO SATENF-ECCI** [Versão2]

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS  
NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**CÓDIGO DO CASO** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_

**ECCI QUE PRESTOU O CUIDADO** \_\_\_\_\_

**CONTACTOS EFETUADOS**

1º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

2º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

3º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

**Questionar sobre a forma como prefere responder ao formulário?**

*Via telefónica, Presencial, Autopreenchimento*

**DATA DA COLHEITA DE DADOS:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADA NO INQUÉRITO**

Com este inquérito pretende-se conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a si ou a um(a) seu(sua) familiar.** As respostas obtidas, de um número significativo de pessoas, permitirão o desenvolvimento de estratégias para melhorar o serviço prestado aos futuros utentes.

Na primeira parte deste questionário, fazem-se algumas questões relativas a si próprio(a). No entanto, estas questões não visam identificá-lo(a), mas apenas recolher elementos que facilitem a análise dos dados. A segunda parte de perguntas é relativa à sua satisfação com um conjunto de áreas centradas nos cuidados de enfermagem.

**Não há respostas certas ou erradas.** Pretende-se apenas a sua opinião sincera. **As suas respostas são inteiramente confidenciais.**

## PARTE I – Informação Preliminar

---

### DADOS SOBRE A PESSOA DEPENDENTE

**Sexo** Masculino          Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil** [durante a prestação do serviço]

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa      Não Portuguesa

**Profissão** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever, sem 1.º ciclo completo

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, é na área de saúde?**          Sim          Não

**Quantas pessoas prestaram cuidados à pessoa dependente, no período em que integrou a EC-CI** (inclui familiares, amigos e prestadores de cuidados formais – exceto os profissionais da ECCI) \_\_\_\_\_

**DADOS DO PRINCIPAL MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

**Sexo** Masculino      Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil** [durante a prestação do serviço]

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade** Portuguesa    Não Portuguesa

**Profissão** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever, sem 1º ciclo completo

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, é na área de saúde?**      Sim      Não

**Grau de parentesco ou relação com a pessoa dependente**

Filho(a)

Marido/Mulher

Pai/Mãe

Sobrinho(a)    Vizinho(a)/Amigo(a)    Genro/Nora    Neto(a)      Irmã(o)      Família de Aco-  
lhimento particular

Outro (qual?) \_\_\_\_\_

***Reportando-se ao período em que integrou a ECCI***

**Número total de pessoas com dependência a seu cargo** \_\_\_\_\_

**Tinha experiência anterior de tomar conta de pessoas dependentes** [não inclui a situação atual, nem a experiência profissional que tenha]      Sim    Não

**Total de horas, por dia, que dedicava ao cuidado do seu familiar** \_\_\_\_ (1 a 24 horas/contínuo)

**Vivia na mesma casa, com a pessoa dependente, antes do período de agudização da sua dependência**    Sim    Não

**Em caso de resposta *Não*, passou a viver na mesma casa**      Sim    Não

**Em caso de resposta *Não*, qual a distância entre as residências** [em metros] \_\_\_\_\_

## PARTE IIa – SATENF-ECCI

[Vilela, 2012 – Versão2, adaptada ao Principal Membro da Família Prestador de Cuidados]

**RESPONDENTE:** Membro da Família Prestador de Cuidados

Passando á segunda parte do questionário, serão colocadas um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

No caso de **não saber, não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **deixe a sua resposta em branco**.

Dando início às perguntas, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa *Muito Insatisfeito* e o **10** corresponde a *Muito Satisfeito*. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva.

**Quão satisfeito(a) está com:**

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (8)

64. O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço	
65. O acolhimento feito pelos enfermeiros	
66. A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	
67. A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro)	
68. A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas	
69. O tempo que dedicaram à prestação de cuidados	
70. A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	
71. A prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar	

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

### II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (8)

72. A forma como foi promovida a participação do seu familiar dependente	
73. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação	
74. As orientações dadas sobre os cuidados prestados	
75. As orientações dadas sobre a medicação	
76. As orientações dadas sobre a evolução da condição de saúde do seu familiar	



77. A informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à situação do seu familiar	
78. A informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento na condição de saúde do seu familiar	
79. O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres	

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva. **Quão satisfeito(a) está com:**

### III – CUIDADOS (4)

80. Os cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações)	
81. A preparação fornecida para o ajudar, a si, a tomar conta do seu familiar dependente (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)	
82. O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros	
83. A promoção da autonomia do seu familiar dependente nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)	

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

### IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (4)

84. O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados	
85. A qualidade da relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros	
86. O respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)	
87. A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações	

*Quão satisfeito(a) está com:*

### V – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS E INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (6)

88. O número de idas dos enfermeiros a sua casa	
89. O número de enfermeiros que iam em cada visita a sua casa	
90. A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados	
91. O nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros	
92. A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem	
93. A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as suas disponibilidades, ou da família	

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na ECCL, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

#### VI - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (4)

---

- |   |  |
|---|--|
| 94. O encaminhamento efetuado em situações de urgência  |  |
| 95. O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde  |  |
| 96. A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio (Lares, Centros de Dia, Associações) |  |
| 97. A forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço e por parte dos enfermeiros  |  |
- 

#### SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

- |   |  |
|---|--|
| 98. Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos |  |
|---|--|
- 

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância – *Sim* ou *Não*:

---

#### CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS (4)

---

- |   |
|---|
| 99. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar? |
|---|
- 

Sim - Não - NA / NR / NS

- |  |
|--|
| 100. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo caso do seu familiar? |
|--|
- 

Sim - Não - NA / NR / NS

- |   |
|---|
| 101. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse? |
|---|
- 

Sim - Não - NA / NR / NS

- |   |
|---|
| 102. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total? |
|---|
- 

---

#### NOTA FINAL:

Este questionário encontra-se ainda em fase de validação e refinamento. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva, em excesso ou que lhe provocasse algum desconforto?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e que gostaria que tivesse sido feita?
- 4) No futuro, como considera que seria melhor responder a este inquérito?
  - 4.1) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, presencialmente
  - 4.2) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, por telefone
  - 4.3) Ser-lhe entregue o questionário em papel e responder sozinho(a), por escrito
  - 4.4) Ser-lhe enviado o questionário por e-mail e responder sozinho(a), de forma eletrónica
  - 4.5) Indiferente

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCL.

**Obrigado pela sua colaboração.** Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.

## PARTE IIb – SATENF-ECCI

[Vilela, 2012 – Versão2, adaptada à Pessoa com Dependência]

**RESPONDENTE:** Pessoa Dependente

Passando á segunda parte do questionário, serão colocadas um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

No caso de **não saber, não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **deixe a sua resposta em branco**.

Dando início às perguntas, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva.

**Quão satisfeito(a) está com:**

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (8)

1. O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço	
2. O acolhimento feito pelos enfermeiros	
3. A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço	
4. A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro)	
5. A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas	
6. O tempo que dedicaram à prestação de cuidados	
7. A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados	
8. A prontidão na resposta para atender às suas necessidades em cuidados	

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (8)

9. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação	
10. A forma como foi promovida a participação da sua família ou cuidador	
11. As orientações dadas sobre os cuidados prestados	
12. As orientações dadas sobre a medicação que toma	

- |  |  |
|--|--|
| 13. As orientações dadas sobre a evolução da sua condição de saúde                               |  |
| 14. A informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à sua situação |  |
| 15. A informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento da sua condição de saúde  |  |
| 16. O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres                               |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva. **Quão satisfeito(a) está com:**

### III – CUIDADOS (4)

- |  |  |
|--|--|
| 17. Os cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações) |  |
| 18. A preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)  |  |
| 19. O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros  |  |
| 20. A promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)   |  |

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (4)

- |  |  |
|--|--|
| 21. O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados                   |  |
| 22. A qualidade da relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros |  |
| 23. O respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)  |  |
| 24. A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações         |  |

**Quão satisfeito(a) está com:**

### V – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS E INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (6)

- |  |  |
|--|--|
| 25. O número de idas dos enfermeiros a sua casa  |  |
| 26. O número de enfermeiros que iam em cada visita a sua casa                                    |  |
| 27. A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados                                     |  |
| 28. O nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros                                     |  |
| 29. A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem                                  |  |
| 30. A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família |  |

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

---

#### VI - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (4)

---

31. O encaminhamento efetuado em situações de urgência	
32. O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde	
33. A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio (Lares, Centros de Dia, Associações)	
34. A forma como foi preparada a sua alta, deste serviço e por parte dos enfermeiros	

---

#### SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

35. Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos	
---	--

---

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância – *Sim* ou *Não*:

---

#### CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS (4)

---

36. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados que lhe foram prestados?
Sim - Não - NA / NR / NS
37. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo seu caso?
Sim - Não - NA / NR / NS
38. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?
Sim - Não - NA / NR / NS
39. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?

---

#### NOTA FINAL:

Este questionário encontra-se ainda em fase de validação e refinamento. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva, em excesso ou que lhe provocasse algum desconforto?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e que gostaria que tivesse sido feita?
- 4) No futuro, como considera que seria melhor responder a este inquérito?
  - 4.1) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, presencialmente
  - 4.2) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, por telefone
  - 4.3) Ser-lhe entregue o questionário em papel e responder sozinho(a), por escrito
  - 4.4) Ser-lhe enviado o questionário por e-mail e responder sozinho(a), de forma eletrónica
  - 4.5) Indiferente

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCL.

**Obrigado pela sua colaboração.** Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo.



## ANEXO 16 – Matriz de correlações: subescalas, PC59, D59 e Médias globais

		PC I	PC II	PC III	PC IV	PC V	PC VI	PC_Média	(PC59)	D I	D II	D III	D IV	D V	D VI	D_Média
PC II	r	,896"	1													
	p	,000														
	N	201	201													
PC III	r	,846"	,874"	1												
	p	,000	,000													
	N	201	201	201												
PC IV	r	,772"	,793"	,805"	1											
	p	,000	,000	,000												
	N	201	201	201	201											
PC V	r	,828"	,819"	,837"	,798"	1										
	p	,000	,000	,000	,000											
	N	201	201	201	201	201										
PC VI	r	,784"	,778"	,808"	,713"	,798"	1									
	p	,000	,000	,000	,000	,000										
	N	200	200	200	200	200	200									
PC_Média	r	,931"	,939"	,942"	,869"	,919"	,900"	1								
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000									
	N	201	201	201	201	201	200	201								
(PC59)	r	,822"	,852"	,831"	,802"	,848"	,823"	,904"	1							
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000								
	N	201	201	201	201	201	200	201	201							
D I	r	,945"	,970"	,982"	,938"	,860"	,965"	,964"	,972"	1						
	p	,004	,001	,000	,006	,028	,002	,002	,001							
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27						
D II	r	,898"	,951"	,966"	,901"	,793	,940"	,933"	,934"	,961"	1					
	p	,015	,004	,002	,014	,060	,005	,007	,006	,000						
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27					
D III	r	,915"	,959"	,973"	,913"	,816"	,947"	,944"	,950"	,921"	,972"	1				
	p	,011	,002	,001	,011	,048	,004	,005	,004	,000	,000					
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27	27				
D IV	r	,952"	,972"	,983"	,943"	,872"	,968"	,968"	,976"	,884"	,896"	,893"	1			
	p	,003	,001	,000	,005	,023	,002	,002	,001	,000	,000	,000				
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27	27	27			
D V	r	,955"	,969"	,981"	,944"	,875"	,973"	,969"	,974"	,905"	,895"	,852"	,923"	1		
	p	,003	,001	,001	,005	,023	,001	,001	,001	,000	,000	,000	,000			
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27	27	27	27		
D VI	r	,925"	,966"	,979"	,924"	,829"	,959"	,953"	,952"	,923"	,940"	,922"	,886"	,883"	1	
	p	,008	,002	,001	,008	,041	,002	,003	,003	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27	27	27	27	27	
D_Média	r	,934"	,968"	,981"	,930"	,842"	,962"	,958"	,962"	,973"	,980"	,952"	,943"	,948"	,968"	1
	p	,006	,002	,001	,007	,035	,002	,003	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27	27	27	27	27	27
(D59)	r	,922"	,962"	,976"	,920"	,826"	,953"	,949"	,955"	,924"	,933"	,944"	,914"	,836"	,909"	,940"
	p	,009	,002	,001	,009	,043	,003	,004	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	27	27	27	27	27	27	27





## ANEXO 17 – Respostas à questão aberta sobre outras questões associadas à satisfação com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI

### Respostas à questão aberta do SATENF-ECCI, pelos MFPC

MFP C (n)	Sugestões para que a satisfação do MFPC seja total
1	A minha insatisfação está no facto de o serviço ter sido prestado muito tarde, demorou muito a ter vaga, e praticamente já não ser preciso quando o vieram prestar. Veio fora do timing! (76PE)
1	A enfermeira foi um anjo que nos apareceu (voz embargada). (66PE)
1	Refere que a sua insatisfação reside no facto de a mãe precisar e lhe terem dado alta muito rapidamente. (82PE)
1	Carecia de mais tempo de reabilitação. (198PE)
1	Considera que o resto da família deveria ter sido envolvida também! (102PE)
1	Considera ter demorado demasiado tempo a ser re-admitida na ECCI, quando tinha já tido o serviço e ter tido alta por um episódio de internamento. Acha que deveria ter prioridade em relação a casos novos! (152PE)
1	Considera e esperava mais tempo com este serviço. (141PE)
1	Coordenam-se muito bem. Foram fantásticos. Os enfermeiros para mim foram uns anjos! (9PE)
1	Destaco o aspeto humano da equipa, que foram exemplares. (48PE)
1	Destacou o trabalho dos "ajudantes de saúde" para o banho e cuidado à dependente! (170PE)
1	Deveriam estar melhor informadas sobre os direitos que se têm e a quem temos de nos dirigir. (45PE)
1	Diz ter sido muito pouco tempo. (109PE)
1	Espera que a ULSM continue com estes serviços. A qualidade humana dos profissionais é excecional! (41PE)
1	Esperava mais cuidados de conforto, massagem por exemplo. Pensava que este serviço não existia! (171PE)
1	Estou muito agradecida pela ajuda dada pelos enfermeiros e auxiliares. (61PE)
1	Falha por o serviço não ser 24horas. Não se sentia à vontade para ela mesma administrar a medicação. Alguma pressão para que falecesse em casa. Ninguém lhe telefonou depois da morte da mãe no hospital. (173PE)
1	Falta de trabalho em equipa multiprofissional, nomeadamente com a Nutricionista que depois da primeira visita não apareceu mais. O acompanhamento e a preparação da alta foi inexistente. (5PE)
1	Foi formidável... (4PE)
1	Gostaria que mãe continuasse a usufruir deste serviço. (53PE)
1	Mais tempo em cada visita. Mais tempo de acompanhamento/integração. Mas foi muito importante, neste primeiro impacto com a doença do marido pois ajudou, em muito, a adaptação de todos. (132PE)
1	Muito negligentes. Alertei-os para várias situações graves e diziam para esperar e foi re-internada várias vezes!!! Sem o apoio e atenção das enfermeiras. Falta de preparação. É só fazer os pensos e sem preparação. Recomendo, pois não conheço outra. (15PE)
1	Não estava á espera deste serviço, só por isso foi muito bom! (59PE)
1	Não põe em causa a relação efetuada pelos enfermeiros e até ligavam! Mas quando vinham cá a casa não faziam nada, limitavam-se a levantá-la para o sofá e iam embora. (216PE)
1	No geral toda a equipa foi importante, mas havia uma enfermeira que não tinha "tato" para lidar com os familiares nesta situação (fase fim de vida). (65PE)
1	O serviço devia ser mais divulgado, para as pessoas saberem que o serviço público não é assim tão mau! (213PE)
1	O serviço não resultou, mas não foi culpa delas (ECCI). (13PE)
1	Permitiram-nos "tempo de qualidade". (190PE)
1	Pessoa muito chateada, por o seu pai ter tido alta! (160PE)
1	Pouco tempo dedicado aos cuidados. (196PE)
1	Presença dos alunos e a forma como entravam em casa, "não gostei muito". Número excessivo (2 a 3 estudantes). (67PE)
1	O problema maior foi o dia do óbito e ninguém me arranjava 1 médico para atestar o óbito. Foi um sábado. (200PE)
1	Quando a reabilitação veio, ela já estava a andar de canadianas, pelo que "já vieram um pouco tarde e precisava de mais tempo!" (161PE)
1	Recomendável!!! Sem palavras para enaltecer este serviço! (88PE)
1	Se os enfermeiros não viessem cá, a minha mãe não teria recuperado! (43PE)
1	Só tenho a agradecer! (senhora muito deprimida, pela voz). Só queria que lhe pudessem por a fazer a vida dele... mas não pode ser... (225PE)
1	Ter reabilitação em casa é maravilhoso, principalmente no inverno. (220PE)
1	Tinha necessidade de mais tempo. (177PE)
<b>37</b>	<b>Total</b>

## Respostas à questão aberta do SATENF-ECCL, pelas pessoas dependentes

Dependente (n)	Sugestões para que a satisfação da pessoa dependente seja total
1	Fui operado à anca, mas piorei do joelho... Não me conseguiram resolver isso! (224DE)
1	Mais algum tempo para recuperação, pois ainda tenho dores na virilha. (212DE)
1	Não existiam equipamentos necessários para recuperar a marcha em casa. Tive de ir para uma clínica com outros equipamentos (Refere ter sido o motivo da alta). (217DE)
1	Nunca pensei... Não tenho palavras, pois já paguei no privado e não fui tão bem tratado como com esta equipa (refere ter estado emigrado na Venezuela (213DE)
1	Se fosse mais tempo era bom, mas já ando melhorzinho! (215DE)
1	Vieram só 2 ou 3 vezes... a minha filha é que me tem ajudado e feito a recuperação. Tiveram 3 a 4 dias (com FS no meio) que nem puseram cá os pés! (216DE)
<b>6</b>	<b>Total</b>